

INDIKATIONEN

bei legal durchgeführten
Schwangerschaftsabbrüchen in Bayern
in den Jahren 1966 - 1975

Thomas Schummer

1982

Aus der II. Frauenklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. K. Richter

INDIKATIONEN

bei legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen in Bayern
in den Jahren 1966 - 1975

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Thomas Schummer

aus

München

1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.med. K.Richter

Dekan: Prof.Dr.med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19 .Oktober 1982



DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Meinen Eltern

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. K. Richter für die Überlassung und Betreuung dieser Dissertation, der Bayerischen Landesärztekammer in München (insbesondere Herrn Dr. Sluka) für die vertrauensvolle Überlassung des Untersuchungsmaterials, dem Institut für Statistik und Biomathematik der Universität München für die Bereitstellung des Rechners, und nicht zuletzt Herrn Dr. I. Schmid-Tannwald für die Unterstützung bei dieser Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	1
1. Thema und Zielsetzung	1
2. Verfahren bis zum 21.6.76	2
a) Vorgehen	2
b) Antragsformular	2
c) Interruptio-Kommissionen	2
3. Die Indikationen	3
a) Situation vor und nach dem 21.6.76	3
b) Einteilung und Erläuterung	3
- Medizinische Indikation	4
- Kindliche Indikationen	5
- Ethisch-kriminologische Indikation	5
- Psychosoziale Indikation	5
METHODE UND VERFAHREN	6
1. Material	6
2. Arbeitsgang	6
ERGEBNISSE	8
1. Die Anträge	8
a) Menge und zeitliche Entwicklung	8
b) Regionale Verteilung (Einzugsbereich der I-Kommissionen)	9
c) Strukturelle Verteilung (Ortsgröße)	9
2. Häufigkeit der Indikationen	9
a) Häufigkeitsverteilung der 4 Indika- tionsgruppen	10
b) Häufigkeitsverteilung der 15 Einzel- indikationen	10

	Seite
3. Indikationen in zeitlicher Tendenz	12
4. Indikationen in regionaler Tendenz	15
a) Die 4 Indikationsgruppen	15
b) Zeitliche Entwicklung einzelner Indikationen in ausgewählten I-Kommissionsbereichen	16
- Psychosoziale Indikation	17
- Medizinische Indikation	19
5. Indikationen im Vergleich mit der Ortsgröße	21
a) Gegenüberstellung von Anträgen und Indikationen	21
b) Gesamttendenz der vier Gruppen	22
c) Betrachtung einiger Einzelindikationen	23
- Soziale Indikation	23
- Suizidale Indikation	23
- Teratogene Indikation	24
- IUD-Indikation	24
- Ethisch-kriminologische Indikation	24
6. Indikationen und Schwangerschaftsdauer (SSD)	24
a) Definition der SSD und Bezug zur heutigen Auffassung	24
b) Gegenüberstellung von Antrags- und Indikationsverteilung	27
c) Verteilung der 4 Gruppen und einiger Einzelindikationen	29
7. Indikationen und Alter der Patientin	31
a) Gesamtverteilung, Gegenüberstellung von Antrags- und Indikationsverteilung	31
b) Verteilung der drei Hauptindikationsgruppen	31
c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen	35
- Soziale Notlage	35
- Suizidale Gefährdung	36
- Bezug der beiden zueinander	36
- Neurologische und psychiatrische Indikation	37

	Seite
- Weitere medizinische Indikationen	37
- Kindliche Indikationen (Gesamtverteilung)	38
- Teratogene Indikation	39
- Liegendes IUD	39
- Genetische Indikation	40
- Intrauterine Infektionen	41
- Kindliche Indikationen aus der Sicht der Altersgruppen	41
8. Indikationen im Vergleich mit der Zahl der lebenden Kinder	42
a) Gesamtverteilung	42
b) Indikationsgruppen pro Kinderzahl und Vergleich mit der Altersverteilung	42
c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen	44
- Suizidgefahr	44
- Soziale Notlage	45
- Bezug der beiden zueinander	47
- Neurologische Indikation	48
- Sonstige medizinische Indikationen	48
- Kindliche Indikation	49
9. Indikationen und bisherige Totgeburten	50
a) Gesamtverteilung	50
b) Genetische Indikation und Vergleich mit der Gesamtverteilung	50
10. Indikationen und Bekanntheitsgrad	50
11. Indikationen und wirtschaftliche Verhältnisse	51
a) Gesamtverteilung	51
b) Stellenwert der drei Hauptindikations- gruppen	51
12. Indikationen und Beruf	53
a) Gesamtverteilung	53
b) Verteilung der drei Hauptindikations- gruppen	53

c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen	55
- Suizidgefahr	55
- Soziale Notlage	56
- Medizinische Indikationen allgemein	56
- Sonstige medizinische Indikationen	56
- Intrauterin-Infektionen	57
- Teratogene Indikation	57
- Indikation IUD	57
- Genetische Indikation	57
13. Indikationen und Familienstand	58
a) Gesamtverteilung	58
b) Anteil der Indikationsgruppen	58
c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen	59
- Suizidgefahr	59
- Soziale Notlage	59
- Psychiatrische Indikation	60
- Medizinische Indikation	60
- Ethisch-kriminologische Indikation	60
ZUSAMMENFASSUNG	61
1. Allgemein	62
2. Zeitliche Tendenz	63
3. Regionale Tendenz	63
4. Schwangerschaftsdauer	65
5. Alter	65
6. Kinderzahl	66
7. Totgeburten	67
8. Wirtschaftliche Verhältnisse	68
9. Beruf	68
10. Familienstand	68

I N D I K A T I O N E N

bei legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen in Bayern
in den Jahren 1966 - 1975

EINLEITUNG1. Thema und Zielsetzung

Das Thema "Schwangerschaftsabbruch" hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Diskussion über die Berechtigung dazu, über Fristen, Indikationen und Methoden, fand ihren ersten Höhepunkt für die Bundesrepublik Deutschland zur Zeit der Neufassung des § 218 am 21.6.76. Sie hält unvermindert an, wobei im Gegensatz zur Zeit vor 1976, als G r u n d s a t z a r g u m e n t e der Mediziner, Juristen, Kirchen und politischen Gruppen überwogen, jetzt, nachdem aus der zunächst geplanten uneingeschränkten Fristenlösung eine nach Indikationen modifizierte Lösung geworden ist, die Frage der I n d i k a t i o n e n und des D u r c h f ü h r u n g s m o d u s im Vordergrund steht. Dabei geht es vor allem um die soziale Notlage als Indikation, ausgehend von der modernen Definition der Gesundheit als Summe des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

In der vorliegenden Arbeit geht es darum, an Hand sämtlicher genehmigter Anträge auf Schwangerschaftsabbruch in Bayern aus den Jahren 1966 - 1975 die einzelnen Indikationen statistisch zu erfassen sowie in Bezug zu setzen zu anderen aus den Anträgen hervorgehenden Parametern, meist persönlichen Daten der Patientin. Daraus ergeben sich Rückschlüsse auf die zeitliche Entwicklung der Indikationen, auf regionale Tendenzen sowie unterschiedliche Gewichtung in der Begutachtung.

2. Verfahren bis zum 21.6.76

a) Vorgehen

Ein Abbruch der Schwangerschaft war in der Bundesrepublik bereits vor 1976 auch ohne Festsetzung von Fristen dann möglich, wenn das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet war (Medizinische Indikation). Die Patientin begab sich zum Arzt ihres Vertrauens, der dann unter Verwendung eines vierseitigen Formblattes "Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation" einen Antrag an die zuständige Interruptio-Kommission richtete.

b) Antragsformular

Die Anträge enthielten außer der individuellen Begründung des Arztes Angaben über persönliche Daten der Patientin, wie Alter, Wohnort, Familienstand, Beruf, wirtschaftliche Verhältnisse und Geburtenanamnese sowie die Dauer der bestehenden Schwangerschaft. Weiter war ersichtlich der zeitliche Ablauf des Verfahrens (Zeitpunkt der Begutachtung durch die I-Kommission und Durchführung der Interruptio) sowie die für die Zuordnung der Indikationen wichtige gutachterliche Stellungnahme.

c) Interruptio-Kommissionen

Die Begutachtung erfolgte durch Interruptio-Kommissionen, die seit Kriegsende in Bayern auf der Ebene der ärztlichen Kreisverbände bestanden. Von 1970 bis zur Abschaffung im Jahre 1976 wurde das Verfahren zentraler, nämlich auf Bezirksebene durchgeführt. Es resultierten in Bayern 8 Kommissionen, wobei 7 im Einzugsbereich mit den 7 bayerischen Regierungsbezirken identisch waren. Die achte Kommission war allein für München und Umgebung zuständig.

Die Kommissionen bestanden aus einem Vorsitzenden, der den Antrag auf seinen ordnungsgemäßen Inhalt prüfte, und 2 Gutachtern, die von ihm unabhängig voneinander zur Beurteilung beauftragt wurden.

Im Falle der Ablehnung des Antrages durch mindestens einen der beiden Ärzte konnte ein Obergutachter angerufen werden, dessen Entscheidung verbindlich war.

3. Die Indikationen

a) Situation vor und nach dem 21.6.76

In den Jahren vor Neufassung des § 218 in seiner Form vom 21.6.76 kam es zu einer zunehmenden Liberalisierung in der Begutachtung, die sich de facto der nun praktizierten immer mehr annäherte. Das Gesetz stellt seit Juni 1976 den Schwangerschaftsabbruch aus - die Mütter betreffend - medizinischer Indikation, aus kindlicher oder eugenischer Indikation, aus ethisch-kriminologischen Gründen sowie zur Abwendung der Gefahr einer Notlage der Schwangeren nicht unter Strafe, sofern diese einwilligte. Das Bundesverfassungsgericht hatte bereits am 21.6.74 die bis dahin alleine bestehende mütterlich-medizinische Indikation um die kindliche und die ethische Indikation erweitert. Auch die soziale Notlage wurde im zunehmenden Maße als Indikation anerkannt, indem über die Suizidgefährdung sowie die moderne Definition der Gesundheit als Summe des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens eine argumentatorische Brücke zur mütterlich-medizinischen Indikation geschlagen wurde.

b) Einteilung und Erläuterung

Aus diesen Gründen, und um eine Vergleichbarkeit zu heutigen Zahlen herzustellen, war es zweckmäßig, die moderne Unterteilung auch für diese Untersuchung zu übernehmen.

Aus der Antragsbegründung und in Zweifelsfällen aus der gutachterlichen Begründung war es in allen Fällen möglich, die jeweilige Indikation zu entnehmen. In vielen Fällen wurden von der Kommission zwei Indikationen akzeptiert, in einigen Fällen mehr als zwei. Für die Bewertung wurden jedoch nur die beiden wichtigsten berücksichtigt.

Die Indikationen wurden folgendermaßen eingeteilt:

- Medizinische Indikation:

1. Internistische Erkrankungen
2. Psychiatrische Erkrankungen

Darunter fielen nur ausgeprägte Geisteskrankheiten, im wesentlichen endogene Depressionen, Schizophrenie und andere Psychosen, auch Debilität, nicht aber die reaktiven Depressionen und neurotische Verhaltensstörungen.

3. Urologische Erkrankungen
4. Chirurgische Erkrankungen
5. Gynäkologische Erkrankungen
6. Neurologische Erkrankungen
7. Orthopädische Erkrankungen
8. Sonstige medizinische Erkrankungen

Diese bestanden fast durchwegs aus Erkrankungen aus dem thrombo-embolischen Formenkreis, in seltenen Fällen auch aus anderen Fachrichtungen, wie z.B. der Ophthalmologie oder der Dermatologie.

Naturgemäß ist eine solche Spezifizierung willkürlich, da Krankheiten sehr häufig mehrere Disziplinen beschäftigen, bzw. bei Fachleuten Meinungsverschiedenheiten über die Kompetenz bestehen (z.B. Mammacarcinom, Prae-Eklampsie). Daher kam es nur zu dieser Fein-Unterteilung, wo es notwendig schien.

- Kindliche Indikationen:

1. Intrauterine Infektionen

Es handelt sich um Virusembryopathien, in den allermeisten Fällen um die Gefahr einer Röteln-Embryopathie, aber auch Toxoplasmosen und andere.

2. Teratogene Wirkung

Meist von Medikamenten, deren Teratogenität bekannt oder zumindest nicht auszuschließen war, aber auch Belastung mit Röntgen- oder anderen ionisierenden Strahlen während der Schwangerschaft.

3. IUD-Wirkung

Das heißt die Gefahr einer Keimschädigung bei einer Schwangerschaft bei liegendem Kupfer-T, also eine Sonderform von 2.

4. Genetische Indikation

Möglichkeit von mißgebildeten oder kranken Nachkommen, z.B. bei vererbbaeren schweren Erkrankungen, Chromosomen-Anomalien mit oder ohne Nachweis durch Amniozentese, oder bei chronischer Strahlenbelastung des Vaters.

- Ethisch-kriminologische Indikation

Es handelt sich um nachgewiesene oder zumindest glaubhaft berichtete Fälle von Vergewaltigung oder Inzucht.

- Psychosoziale Indikation

Es werden hier zwei Untergruppen zusammengefaßt, die aus einer subjektiven oder objektiv nachweisbaren Notlage entstehen, nämlich

1. Suizidgefahr

also Gefährdung der Gesundheit der Mutter im weitesten Sinne bei reaktiver Depression, also als Reaktion der Mutter auf eine durch die Schwangerschaft, meist in Verbindung mit anderen, wie z.B. finanziellen Schwierigkeiten entstandene Notlage. Nicht in diese Gruppe gehört die endogene Depression.

2. Soziale Notlage

ohne ausdrücklich genannte Suizidgefahr.

METHODE UND VERFAHREN

1. Material

Es wurden insgesamt 4.570 Anträge aus dem Jahre 1966 - 1975 untersucht. Es handelt sich hierbei um die Gesamtzahl der in diesem Zeitraum legal über die I-Kommissionen erfaßten und durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in Bayern. Die Anträge waren bei der Bayerischen Landesärztekammer aufbewahrt und standen dort zur Auswertung zur Verfügung. Die Anträge aus dem Rumpf-Jahr 1976 bis zur Abschaffung des I-Verfahrens wurden aus Gründen der statistischen Vergleichbarkeit nicht berücksichtigt.

2. Arbeitsgang

- a) Für sämtliche im Antrag vorkommenden Daten wurde ein Zahlenschlüssel angefertigt. In der Folge wurde nur noch mit diesen Zahlen operiert. Damit blieb auch die Anonymität der Antragstellerin und des Arztes gewahrt.
- b) Sämtliche Formulare wurden als Zahlen in Ablochschemata übertragen.
- c) An Hand dieser Ablochschemata wurden Lochkarten getippt mit anschließender Kontrolllochung, so daß Tippfehler

oder Fehler beim Abschreiben vollständig eliminiert werden konnten.

- d) Unter Verwendung des bereits im Institut für Statistik und Biomathematik der Universität München bestehenden Datenverarbeitungsprogramms "SAVOD-Q zur Auswertung medizinischer Massendaten" wurden die Daten ausgewertet.
- e) Mit Hilfe von selbst erstellten Suchprogrammen wurden die bei Übertrag und Eingabe angefallenen Fehler gefunden und eliminiert.
- f) Schließlich wurden für sämtliche Daten durch den automatischen Rechner des Institutes Kontingenztafeln und Histogramme ausgedruckt, sowie die statistische Signifikanz der erhaltenen Ergebnisse berechnet (Chi-Quadrat und 2-I-Statistik).

ERGEBNISSE

1. Die Anträge

a) Menge und zeitliche Entwicklung

Zahl der genehmigten und durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche von 1966 - 1975 und ihre Verteilung auf die einzelnen Jahre:

Jahr	Fälle	Prozentanteil	Relative Zunahme gegenüber Vorjahr
1966	87	1,9 %	
1967	67	1,5 %	-23,0 %
1968	88	1,9 %	+31,3 %
1969	129	2,8 %	+46,6 %
1970	201	4,4 %	+55,8 %
1971	284	6,2 %	+41,3 %
1972	460	10,1 %	+62,0 %
1973	744	16,3 %	+61,7 %
1974	1186	25,9 %	+59,4 %
1975	1326	29,0 %	+11,8 %
Gesamt	4570	100,0 %	

Bis auf das Jahr 1967 findet sich stets eine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche. Die höchsten Zuwachsraten ergaben sich in den Jahren 1972 - 1974, die geringste Steigerung (von 1967 abgesehen) im Jahre 1975. Die Tendenz setzte sich fort: 1977 wurden nach dem neuen Verfahren in Bayern 5.889 Schwangerschaften legal abgebrochen, im Jahre 1978 6.196.*)

*) Angaben des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden (Fachschrift 5/78 Wirtschaft und Statistik sowie Fachserie 12 - Gesundheitswesen - Juli 1979: Schwangerschaftsabbrüche 1978)
Verlag: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart und Mainz

b) Regionale Verteilung (Einzugsbereich der I-Kommissionen)

Die Kommissionen entsprechen den 7 Regierungsbezirken sowie dem Raum München. Für die Zeit vor 1970, als die Kreisverbände zuständig waren, wurden sie in dieser Arbeit ebenfalls zu den Regierungsbezirken zusammengefaßt.

	Fälle	Prozentanteil
München	2204	48,2 %
Mittelfranken	1163	25,5 %
Oberbayern	404	8,8 %
Schwaben	353	7,7 %
Unterfranken	174	3,8 %
Oberpfalz	101	2,2 %
Niederbayern	96	2,1 %
Oberfranken	74	1,6 %
Summe	4569	99,9 %

c) Strukturelle Verteilung (Ortsgröße)

Gemeint ist die Größe des Ortes, in dem die Patientin lebte. Aus der Stellenlänge der Postleitzahl lassen sich in etwa Rückschlüsse auf diese Größe ziehen.

Ländliche Gegend	(PLZ vierstellig)	1981	43,4 %
Kleine Städte	(PLZ dreistellig)	549	12,0 %
Größere Städte	(PLZ zweistellig)	641	14,0 %
München	(PLZ einstellig)	1398	30,6 %
	Summe	4569	100,0 %

2. Häufigkeit der Indikationen

Aus den 4.570 Anträgen ergaben sich 5.331 Indikationen. Daraus folgt, daß in 1.262 Fällen, das sind 27,6 % aller Anträge, 2 Indikationen zur Genehmigung des Antrages geführt haben.

a) Häufigkeitsverteilung der 4 Indikationsgruppen

	Fälle	Prozentanteil
Medizinische	2572	44,1 %
Psychosoziale	2266	38,8 %
Kindliche	966	16,6 %
Ethisch-kriminologische	27	0,5 %
Summe	5831	100,0 %

b) Häufigkeitsverteilung der 15 Einzelindikationen

	Fälle	Prozentanteil
Suizidgefahr	1862	31,9 %
Internistisch	680	11,7 %
Psychiatrisch	534	9,2 %
Teratogen	489	8,4 %
Sozial	404	6,9 %
Urologisch	345	5,9 %
Neurologisch	288	4,9 %
Sonstige mediz.	288	4,9 %
Infektiös	223	3,8 %
Gynäkologisch	192	3,3 %
Genetisch	191	3,3 %
Orthopädisch	146	2,5 %
Chirurgisch	99	1,7 %
Liegendes IUD	63	1,1 %
Ethisch-kriminologisch	27	0,5 %
Summe	5831	100,0 %

Die prozentuale Verteilung der Einzelindikationen innerhalb der medizinischen sowie der kindlichen Indikation findet sich im Anhang (1,2).

Die 2.266 psycho-sozialen Indikationen bestehen zu 82,2 % (= 1.862) aus Suizidgefahr und zu 17,8 % (= 404) aus sozialer Notlage. In 1.040 Fällen, das sind 55,9 %, wurde Suizidgefahr als Alleinindikation anerkannt, also ohne Angabe einer zusätzlichen Indikation. Die soziale Notlage

dagegen stand nur in 21,8 % der Fälle (das sind 88 von 404) alleine, das heißt, in den restlichen 4/5 wurde eine Zusatzindikation angegeben.

Daraus ließe sich folgern, daß Suizidgefahr eine härtere, ausreichendere Indikation zur Interruptio darstellte, als die soziale Notlage alleine, die also in weit stärkerem Maße als "Dreingabe-Indikation" zu werten ist. Die speziell naheliegende Kombination der sozialen Notlage mit Suizidgefahr kam insgesamt 243 mal vor. Die soziale Notlage war also in 60,1 % mit der Suizidgefahr kombiniert, während die Suizidgefahr nur in 13,1 % ihres Gesamtvorkommens in Verbindung mit der sozialen Notlage zu finden war.

3) Indikationen in zeitlicher Tendenz

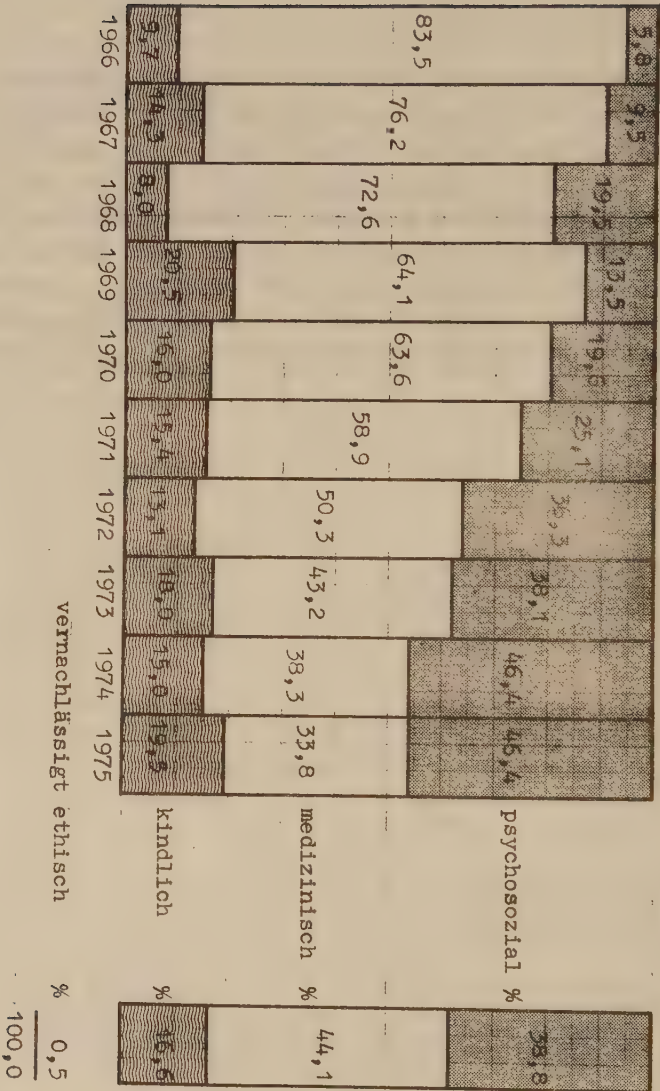


Schaubild 1: Prozentanteil der 4 Indikationsgruppen in jedem Jahr

% der Indikationen

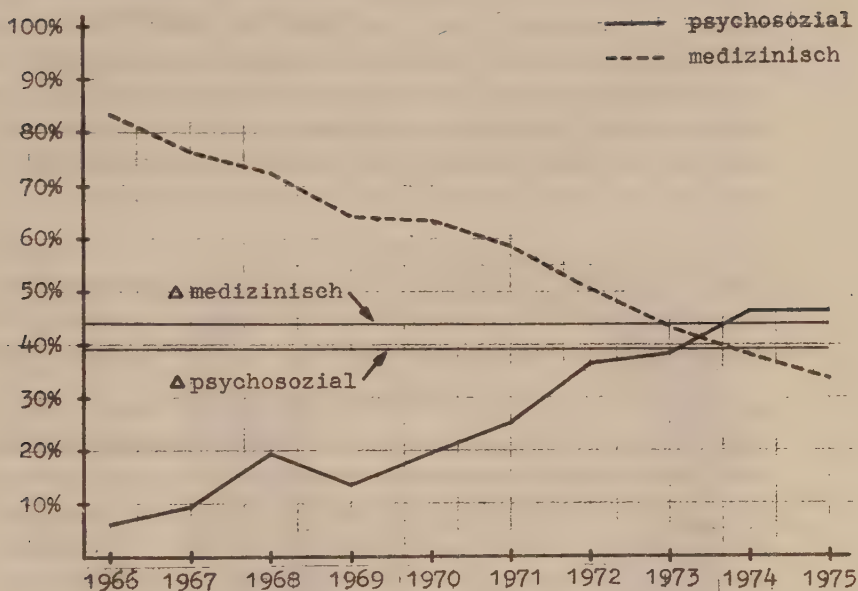


Schaubild 2: Die zeitliche Entwicklung der psychosozialen und medizinischen Indikation im Vergleich

Wie die Graphiken 1 und 2 ausweisen, ist die medizinische Indikation im Beobachtungszeitraum immer mehr von der psychosozialen Indikation verdrängt und im Jahre 1974 erstmals überholt worden. Hatte die medizinische Indikation 1966 noch einen Anteil von etwa $5/6$, so waren es im Jahre 1975 nur noch $2/6$. In diesem Jahr hatte die psychosoziale Indikation einen Anteil von 46,4 % erreicht. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes hält die Entwicklung weiter an: 1977 57,7 %, 1978 67,0 %, also mehr als $2/3$ psychosoziale Indikationen. In der Entwicklung der kindlichen Indikation ergibt sich, ebenso wie bei der ethisch-kriminologischen, keine deutliche Tendenz.

Tabellen zu den Graphiken 1 und 2 siehe Anhang (3,4,5,6).

Bei Betrachtung der medizinischen Einzelindikationen (Tabelle 7 im Anhang) fällt auf, daß der Anteil der psychiatrischen Fälle von 10 % im Jahre 1969 stetig ansteigt bis zu 31 % im Jahre 1974, im folgenden Jahr jedoch wieder auf 21 % abfällt. Eine stetige Zunahme ist auch bei den sogenannten sonstigen medizinischen Erkrankungen (also vornehmlich thrombo-embolische) zu verzeichnen (Gesamtanteil 11,2 %)

Bei Analyse der vier kindlichen Einzelindikationen ergibt sich ein relativ konstanter Anteil der "teratogenen" Indikation von durchschnittlich 50,6 %, während die genetische 19,8 % und die "infektiöse" Indikation 23,1 % Anteil haben.

Schwangerschaftsabbrüche bei liegendem IUD (durchschnittlich 6,5 %) treten erst ab dem Jahr 1970 zunächst vereinzelt auf, dann ab 1974 sprunghaft zunehmend. In diesem Jahre war die Kupferspirale auch in Deutschland eingeführt worden. 1975 stammten immerhin 13 % der kindlichen Indikationen aus diesem Bereich. (Allein 42 der insgesamt 63 Fälle gehören in dieses Jahr.)

4. Indikationen in regionaler Tendenz

a) Die 4 Indikationsgruppen

Die folgende Graphik illustriert die Prozentanteile der drei Hauptindikationsgruppen im Einzugsbereich der jeweiligen I-Kommissionen (die ethisch-kriminologische Indikation wurde hier vernachlässigt).

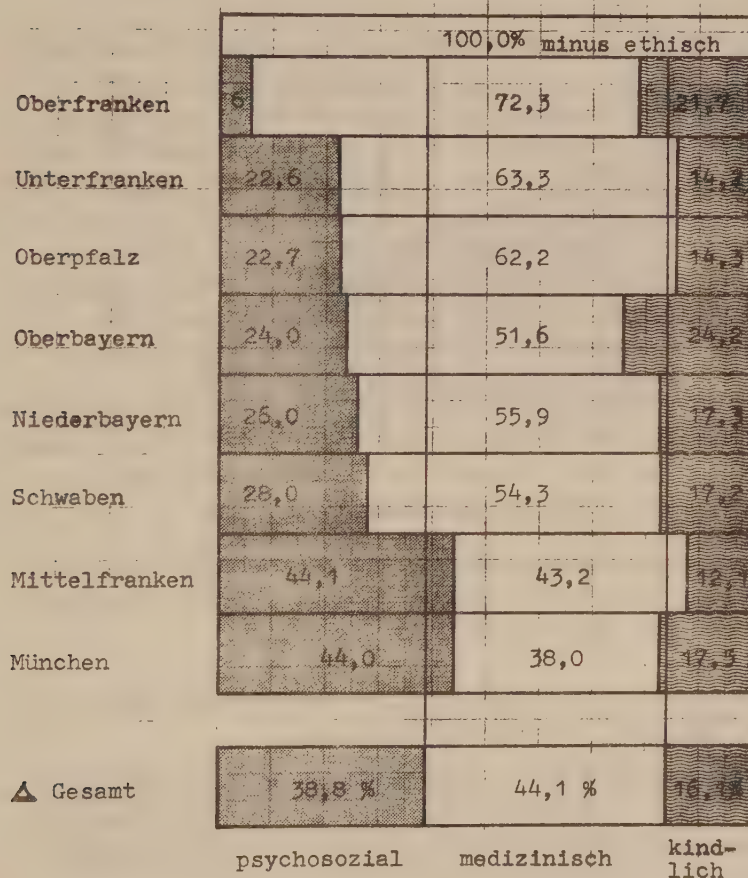


Schaubild 3

Aus der Graphik ergibt sich ein deutliches Überwiegen der psychosozialen Indikation in den Einzugsbereichen Mittelfranken (mit der Großstadt Nürnberg) und München. Auch optisch wird anschaulich, daß in diesen Bezirken die Hauptursache für den hohen Gesamtanteil der psychosozialen Indikation von 38,8 % liegt. Die medizinische Indikation ist eher eine Domäne der restlichen "ländlichen" Regierungsbezirke, was in Oberfranken besonders deutlich wird.

Bei isolierter Betrachtung der Einzelindikationen fällt auf, daß die rein soziale Indikation in keiner der I-Kommissionen signifikant von den Erwartungswerten abweicht (Nr.11 im Anhang), bis auf Oberfranken, wo nicht ein einziger solcher Fall aufgetreten ist. (Zu erwarten gewesen wären 6 Fälle von 380 Gesamtfällen.) Daraus folgt, daß für die doch erheblichen Abweichungen der psychosozialen Indikation (siehe oben) alleine die suizidale Indikation verantwortlich ist, wie die Tabelle Nr. 12 im Anhang beweist.

Auffällig ist auch das gehäufte Auftreten der kindlichen Indikation in Oberbayern, was seine Ursache darin haben könnte, daß hier vermehrt genetische Beratung durchgeführt wird (Universität München!).

Die 25 ethisch-kriminologischen Indikationen verteilen sich wie folgt: München 13, Mittelfranken 9, Schwaben 2, Oberbayern, Niederbayern Oberpfalz je 1.

b) Zeitliche Entwicklung einzelner Indikationen in ausgewählten I-Kommissionsbereichen

Bis zum Beginn des Jahres 1969 ließ sich in keiner der I-Kommissionen eine statistische signifikante Tendenz nachweisen, was seine Ursache in der noch zu geringen Anzahl der Anträge hatte.

- Psychosoziale Indikation

Die folgende Graphik illustriert die Tendenz dieser Indikation in München, Nürnberg sowie den restlichen Kommissionen zusammen genommen, im Vergleich zur Gesamttendenz (Ausschnitt aus Graphik Nr. 2). Die zugehörigen Tabellen finden sich im Anhang (Nr.13,14,15).

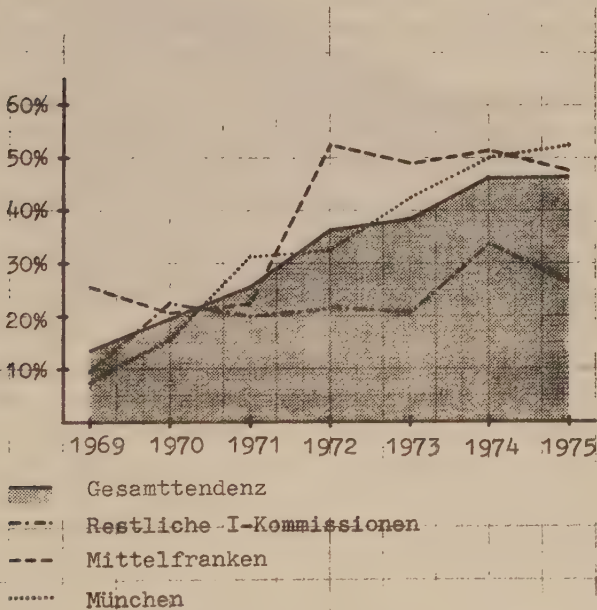


Schaubild 4

Man erkennt, daß für den konstant steigenden Anteil der psychosozialen Indikation weitgehend die I-Kommission in München und ab 1972 mit sprunghaftem Anstieg Nürnberg/Mittelfranken verantwortlich sind. Ab diesem Jahr stagnierte jedoch in letzterem Bereich

der Prozentanteil (die Absolut-Zahlen steigen natürlich schon, siehe Tabelle 14 im Anhang). Somit kann man eigentlich nur für München von einer echten Tendenz sprechen, wie die Graphik deutlich ausweist. Für die insgesamt steigende Gesamtrendenz ist also weitgehend der große "Anteil" Münchens verantwortlich.

Die restlichen Regionen haben an der Tendenz nur einen geringen Anteil, wenn man von dem einmaligen rapiden Anstieg im Jahre 1974 absieht. Für diesen Sprung ist ebenso wie für den anschließenden Abfall alleine der Bezirk Schwaben verantwortlich: Im Jahre 1974 wurden alleine dort 156 Indikationen genehmigt, davon 60 psychosoziale. Das sind immerhin 47 % aller 128 psychosozialen Indikationen (siehe Tabelle 15 im Anhang). Mit diesen 156 Fällen entfallen somit mehr als ein Drittel aller 453 Indikationen auf dieses Jahr. Im folgenden Jahr wurden dagegen nur noch 14, davon 3 psychosoziale Indikationen, genehmigt! Für diese Besonderheit mögen interne, vielleicht organisatorische Gründe ausschlaggebend gewesen sein.

- Medizinische Indikation

Prozent Indikation

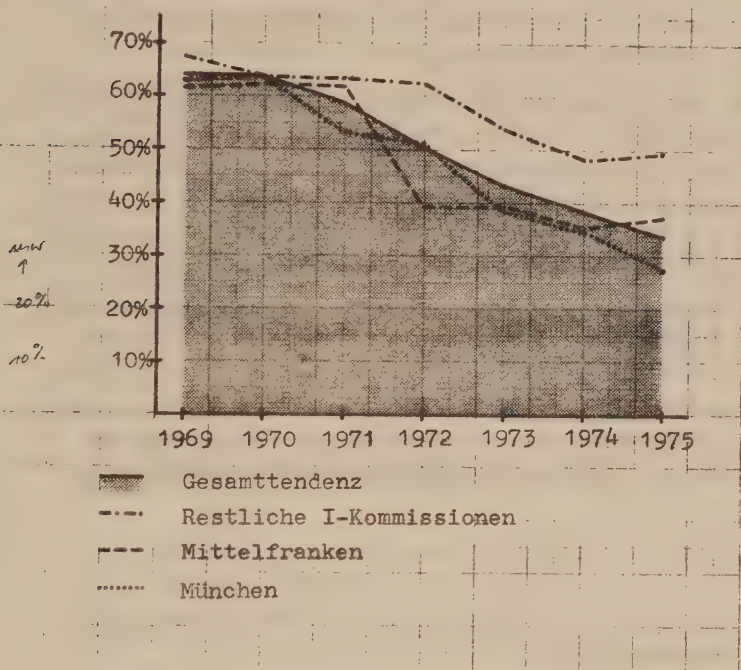


Schaubild 5

(Tabellen dazu im Anhang 16,17,18)

Die medizinische Indikation entwickelt sich gegenseitig zur psychosozialen. Für den Abwärtstrend ist wiederum in erster Linie München verantwortlich (das ja mit 48,8 % aller Indikationen den größten Anteil stellt). Auffällig ist erneut der stufenartige Abfall der medizinischen Indikation in Mittelfranken im Jahre 1972. Ein Blick auf die Absolutzahlen in Tabelle 17

im Anhang zeigt jedoch, daß im Jahre 1972 der Anstieg von 67 auf 79 medizinische Fälle im Rahmen der Steigerungsrate bleibt. Es ist damit bewiesen, daß für den Knick in diesem Jahr alleine der sprunghafte Anstieg der psychosozialen Indikation verantwortlich ist (von 24 auf 106). Über die Ursache für diesen Anstieg läßt sich nur spekulieren:

Haben über die zunehmend liberale Auslegung des § 218 und die häufigere Interpretation der suizidalen Gefährdung der Mutter als medizinische Indikation hinaus aktuelle politische Ereignisse eine Rolle gespielt ? 1972 war Bundestagswahl und Regierungswechsel. Auch scheint sich, zumindest in den Großstädten München und Nürnberg, bei Ärzten, Patientinnen und Gutachtern eine Art Routine eingespielt zu haben. Die Namen bestimmter Ärzte - oft Psychiater - tauchen immer häufiger in den Anträgen auf. Hinzu kommt sicherlich auch ein Reklameeffekt in der Bevölkerung. Immer mehr Patientinnen ziehen den legalen Weg dem teuren Auslandsbesuch vor.

Die Angst vor dem Negativentscheid, vor Schwierigkeiten und Repressalien wird geringer. Darüberhinaus spielt die zunehmende Tätigkeit von Familienberatungsstellen eine Rolle.

In den eher ländlichen Regierungsbezirken ist die Entwicklung weit weniger dramatisch. Selbst im Jahre 1975 hat die medizinische Indikation noch einen Anteil von fast 50 % gegenüber einem Drittel im Gesamtspektrum Bayerns.

5. Indikationen im Vergleich mit der Ortsgröße

a) Gegenüberstellung von Anträgen und Indikationen

Die 4.569 Anträge verteilen sich wie folgt:

1. Ländliche Gegend	1989 = 43,4 %
2. Kleine Städte	549 = 12,0 %
3. Größere Städte	641 = 14,0 %
4. München	1398 = 30,6 %

Die 5.830 Indikationen teilen sich folgendermaßen auf:

1. Ländliche Gegend	2.494 = 42,8 %
2. Kleine Städte	704 = 12,1 %
3. Größere Städte	813 = 13,9 %
4. München	1.819 = 31,2 %

Wie ein Vergleich der Prozentangaben beweist (Maximaldifferenz 0,6 %), gibt es auch in dieser Gruppe keine Häufung von Doppelindikationen.

b) Gesamttendenz der vier Gruppen

Die folgende Graphik zeigt anschaulich die Tendenz der psychosozialen Indikation zum städtischen Bereich.

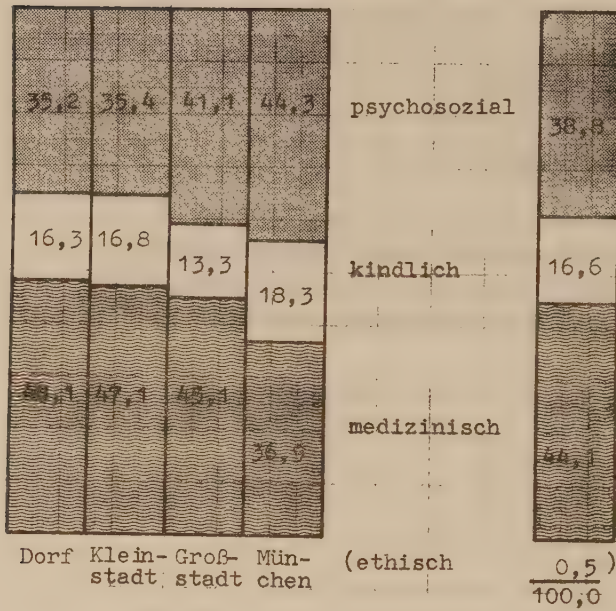


Schaubild 6

c) Betrachtung einiger Einzelindikationen

- Soziale Indikation

Die folgende Tabelle zeigt die absolute und die prozentuale Verteilung dieser Indikation:

Ländliche Gegend	174	=	43,1 %	(42,8 %)
Kleine Städte	52	=	12,9 %	(12,1 %)
Größere Städte	51	=	12,6 %	(13,9 %)
München	127	=	31,4 %	(31,2 %)
	<u>404</u>	=	<u>100,0 %</u>	<u>(100,0 %)</u>

Die soziale Indikation ist praktisch nicht von regionalen oder strukturellen Gesichtspunkten abhängig, wie ein Vergleich mit den Erwartungswerten (rechte Spalte) beweist. Der Anteil an den Gesamtindikationen beträgt überall zwischen 6,3 und 7,4 %. Das bedeutet, daß für die aus Zahlen und Graphik ersichtliche Tendenz der psychosozialen Indikation alleine die suizidale Gefahr verantwortlich ist.

- Suizidale Indikation

Die Realverteilung dieser Indikation differiert deutlich von der erwarteten (in Klammer), wie die folgende Tabelle zeigt:

Ländliche Gegend	703	=	37,8 %	(42,8 %)
Kleine Städte	197	=	10,6 %	(12,1 %)
Größere Städte	283	=	15,2 %	(13,9 %)
München	679	=	36,5 %	(31,2 %)
	<u>1.862</u>	=	<u>100,1 %</u>	<u>(100,0 %)</u>

Es resultiert für dörfliche und kleinstädtische Gegenden ein Defizit von 12 %, während sich für Großstädte ein Überhang von 9 % und für München sogar von 17 % ergibt. Außer den bereits diskutierten Gründen für dieses Phänomen spielt sicher

auch eine soziologische Komponente eine Rolle. Es wäre interessant zu wissen, inwieweit die Verteilung der tatsächlichen Selbstmorde mit diesen Zahlen korreliert. (Welche Rolle spielt der Faktor "Einsamkeit"?)

- Teratogene Indikation

Die teratogene Indikation wird in München 197mal und damit um 29 % häufiger als erwartet angegeben.

- IUD-Indikation

Fast jeder zweite dieser Fälle (30 von 63) stammen aus München, also erheblich mehr als dem Anteil von 31,2 % entspricht. Hier besteht sicher ein Zusammenhang mit regionalen Trends in den Verhütungsmethoden, speziell wenn sie, wie das IUD, erst 1972 in Deutschland eingeführt worden sind.

- Ethisch-kriminologische Indikation

Die ethisch-kriminologische Indikation kam 8mal in München vor, je 4mal in Groß- und Kleinstädten und 11mal auf dem Lande. Das entspricht in etwa der normalen Verteilung.

6. Indikationen und Schwangerschaftsdauer (SSD)

a) Definition der SSD und Bezug zur heutigen Auffassung

Aus den Anträgen ließ sich als erstes Bezugsdatum der erste Tag der letzten Regel der Patientin verwerten. In den seltenen Fällen, in denen die Patientin kein Datum angab, war es möglich, aus Text und Datum der Antragsbegründung einen ungefähren Termin zu ergänzen. Als zweites, limitierendes Datum, bot sich der Tag der Interruptio an. Die Differenz zwischen beiden Daten wurde in Wochen unterteilt, anschließend 2 Wochen abgezogen als ungefähre Näherung an den Konzeptionstermin.

Damit war auch der Bezug zur modernen Rechtssprechung hergestellt. Die am 21.6.76 in Kraft getretene Neufassung des § 218 erlaubt die Interruptio aus kindlicher Indikation bis zur 22. Schwangerschaftswoche. Der Abbruch aus ethisch-kriminologischer und psychosozialer Indikation ist bis zur 12. Woche straffrei. Die rein medizinische Indikation ist nicht limitiert.

Die folgende Graphik zeigt eine Art Gauss'sche Verteilungskurve der Anträge mit einem Gipfel in der 8. Woche.

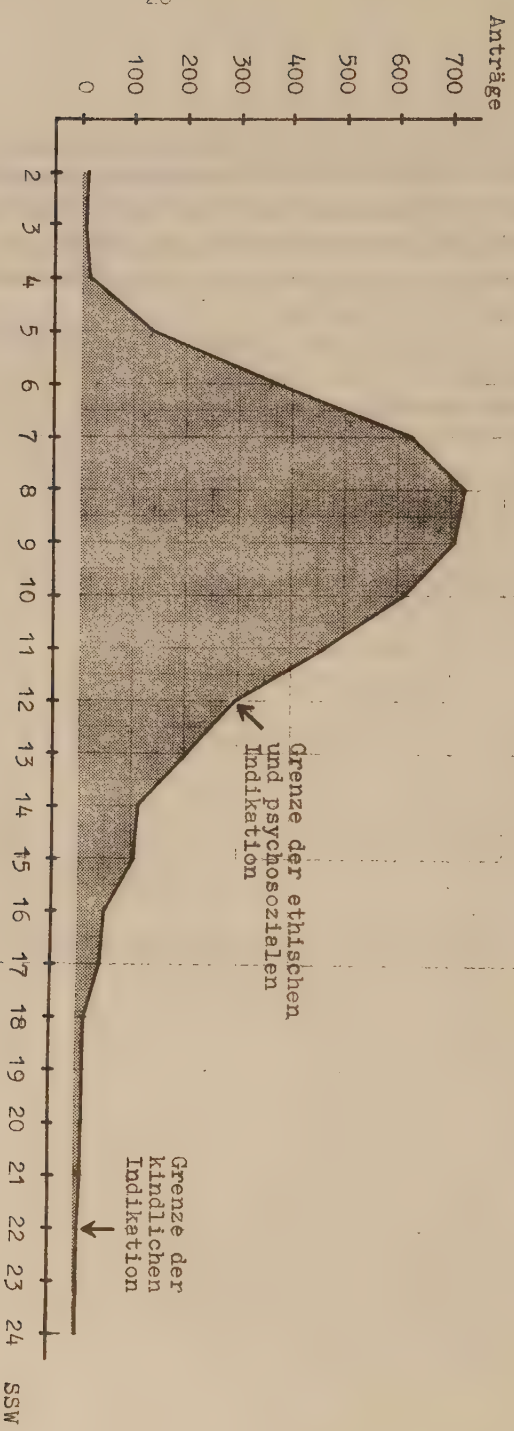


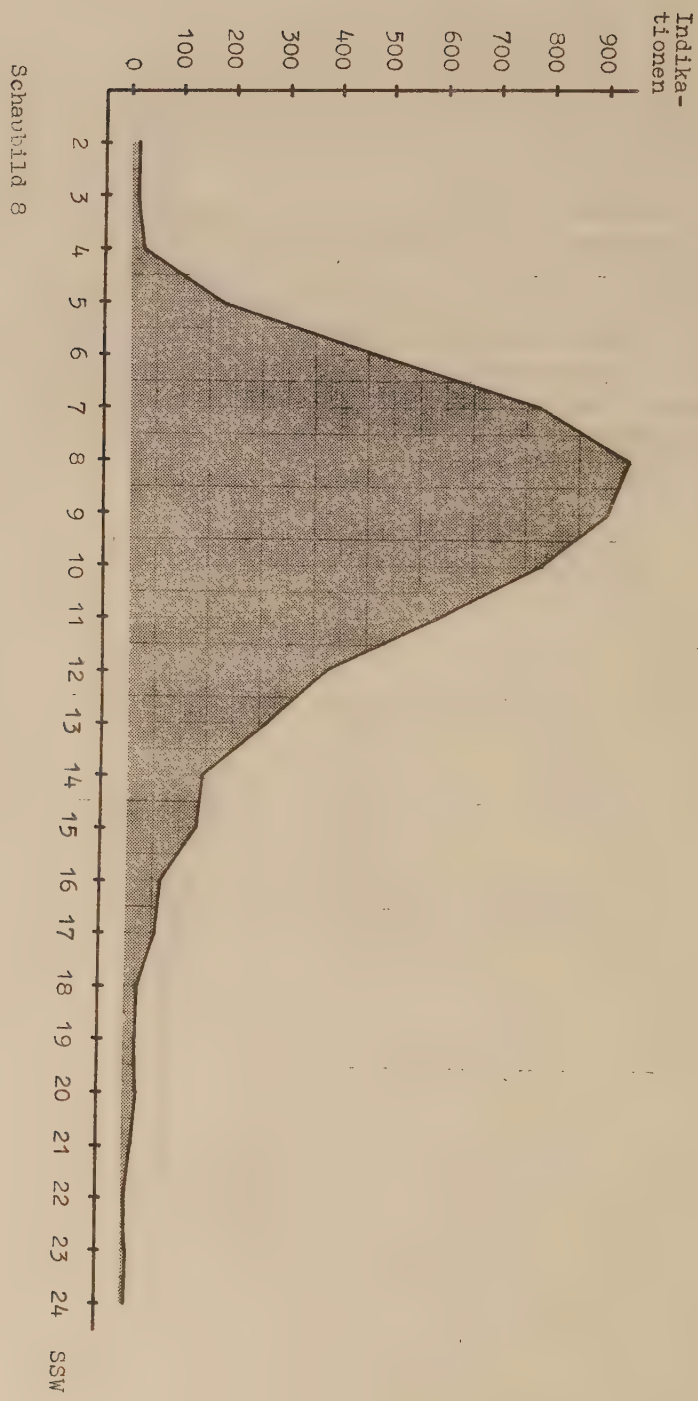
Schaubild 7

b) Gegenüberstellung von Antrags- und Indikations-
verteilung

Die folgende Graphik zeigt die Verteilungskurve der Indikationen in den einzelnen Wochen.

Die Kurve ist nahezu identisch mit der der Anträge (siehe Seite 26). Die Abweichungen voneinander halten sich in einem Rahmen von unter 1 %. Das bedeutet, daß es keine signifikante Häufung von Doppelindikationen in bestimmten Schwangerschaftswochen gegeben hat.

Beide Tabellen im Anhang (19,20).



c) Verteilung der 4 Gruppen und einiger Einzelindikationen

Analog zur Gesamtverteilung befindet sich bei psychosozialer und kindlicher Indikation der Gipfel in der 3. Schwangerschaftswoche, während die medizinische Indikation ihre größte Häufigkeit in der 9. Schwangerschaftswoche hat. (Siehe Tabelle im Anhang Nr. 21, 22, 23)

Am Ende der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend der jetzigen gesetzlichen Grenze für die psychosoziale und die ethische Indikation) waren bereits 90,9 % aller Schwangerschaftsabbrüche aus psychosozialer Indikation durchgeführt, jedoch erst 86,7 % aus medizinischer und sogar erst 78,8 % aus kindlicher Indikation. Aus dieser Gruppe hat speziell die infektiöse Indikation von allen die breiteste Streuung und weitaus die meisten Spätfälle. (Von 223 waren 77 = 34,5 % erst nach dem Ende der 12. SSW erledigt, bis dahin also erst 65,5 %!)

Als mögliche Erklärung bietet sich an: Der Zeitpunkt der Diagnosestellung liegt bei fetalen Infektionen oder Gefährdungen naturgemäß meist später als bei häufig schon länger bekannten mütterlichen Erkrankungen oder Expositionen (teratogene Medikamente, Röntgenbestrahlung und IUD eingeschlossen).

Bis zum Ende der 8. Schwangerschaftswoche waren 41,3 % aller Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Wie die folgende Graphik zeigt, ergibt sich für die psychosoziale Indikation eine deutliche "Linksverschiebung", mit bereits 45,2 % erledigten Fällen (bei isolierter Betrachtung der suizidalen Indikationen sogar schon 46,0 %), während medizinische und insbesondere kindliche Indikationen deutlich nach rechts, also zu einem späteren Zeitpunkt tendieren.

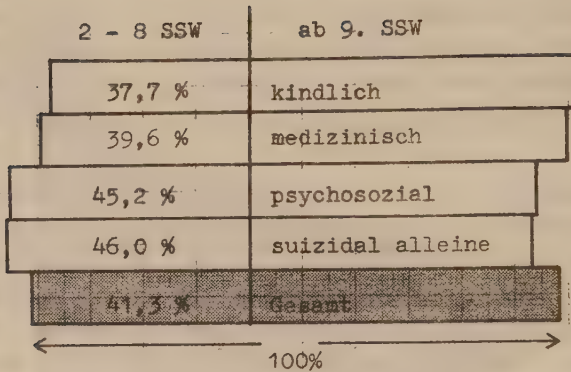


Schaubild 9

Die Zahlen aus dieser Graphik wirken ebenso wie der optische Eindruck auf den ersten Blick weniger dramatisch. Hält man sich jedoch zusätzlich die Verteilungskurve aus Graphik 8 vor Augen (aus deren Steilheit ja ersichtlich ist, wie eng die allermeisten Indikationen zeitlich zusammenliegen, z.B. 83 % zwischen 6. und 12. SSW), dann ist etwa eine Verschiebung der Skala um ca. $1/5$, wie zwischen psychosozialer und kindlicher Indikation, schon sehr deutlich.

7. Indikationen und Alter der Patientin

a) Gesamtverteilung, Gegenüberstellung von Antrags- und Indikationsverteilung

Die folgende Tabelle gibt die Verteilung der Indikationen in den verschiedenen Altersgruppen wieder.

Alter	Indikationen	Anteil
13 - 17	148	2,5 %
18 - 22	509	8,7 %
23 - 27	958	16,4 %
28 - 32	1312	22,5 %
33 - 37	1502	25,8 %
38 - 42	1083	18,6 %
43 und mehr	319	5,5 %

Die tabellarische Zusammenstellung der Anträge in den Altersgruppen findet sich im Anhang (Nr. 24)

Ein Vergleich beider Tabellen zeigt auch hier, daß die Doppelindikationen in jeder Gruppe prozentual nahezu identisch verteilt sind (maximale Abweichung 0,3 %). Auch in diesem Fall ist also ein Schluß von den Indikationen auf die Anträge zulässig.

b) Verteilung der drei Hauptindikationsgruppen

Die folgende Graphik zeigt die Verteilungskurve in Prozent (rechte Spalte der Tabelle s.o.) in den einzelnen Altersgruppen, sowie die Kurven der 3 Hauptindikationsgruppen.

Die 3 Tabellen dazu siehe Anhang (25,26,27)

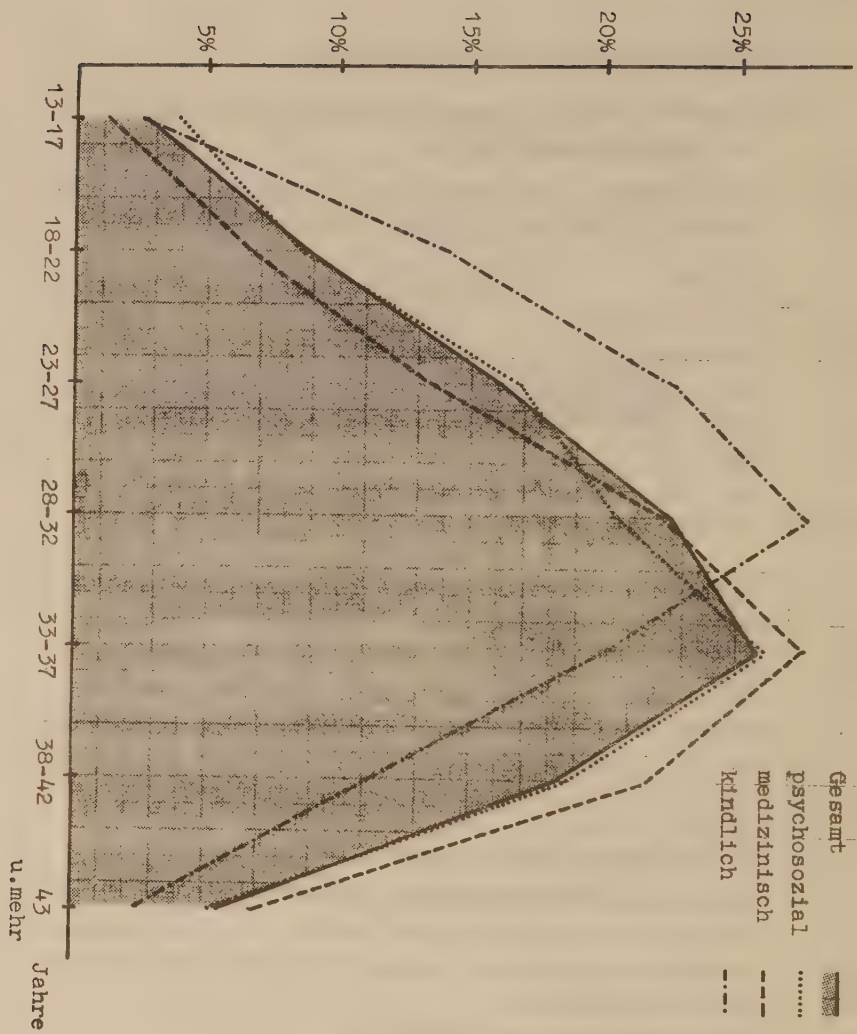


Schaubild 10 Häufigkeitsverteilung in Prozent

Der Häufigkeitsgipfel liegt insgesamt in der Gruppe von 33 - 37 Jahren, was sich sowohl in der medizinischen, als auch in der psychosozialen Indikation bestätigt.

Der Gipfel der kindlichen Indikation hingegen liegt bei 28 - 32 Jahren; die 18 - 32jährigen sind insgesamt weit überdurchschnittlich vertreten und das Alter über 32 deutlich unterdurchschnittlich.

Die psychosoziale Indikation ist bei den Minderjährigen überrepräsentiert und bei den 28 - 32jährigen, wohl zu Gunsten der kindlichen Indikation, unterrepräsentiert. Das Vorkommen in den restlichen Altersgruppen entspricht dann weitgehend der Gesamtverteilungskurve.

Die medizinische Indikation liegt (gegensätzlich zur kindlichen) bis zu 32 Jahren unter dem Durchschnitt und ab diesem Alter darüber.

Die eben diskutierte Graphik zeigte Kurvenprofile der jeweiligen Indikationsgruppen über das gesamte Altersspektrum, jedoch ohne Bezug zueinander. Die folgende Graphik setzt das Indikationsspektrum (100 %) mit den jeweils anteiligen Indikationsgruppen in Bezug zum Alter (entnommen aus den Tabellen 25,26,27, mittlere Spalten).

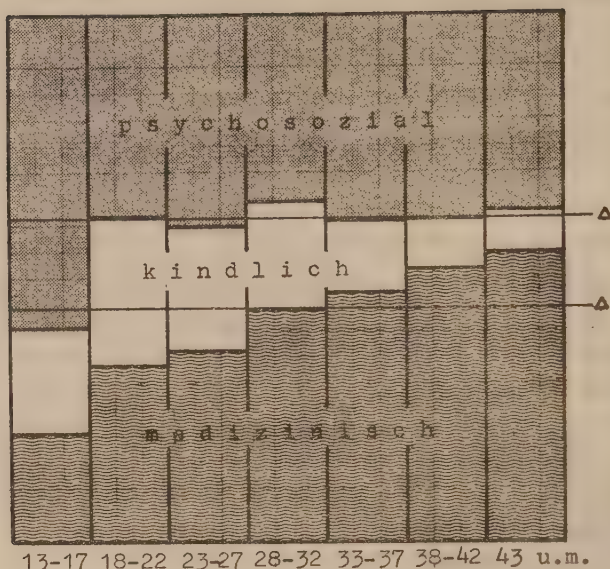


Schaubild 11

Die psychosoziale Indikation überwiegt bei den minderjährigen Patientinnen mit 59,5 % Anteil eklatant.

Der Anteil der medizinischen Indikation steigt mit dem Alter stetig an, wie es eben in der Natur der organischen Erkrankungen liegt.

Bei der kindlichen Indikation sehen wir einen konstanten Abfall ab dem 18. Lebensjahr zu Gunsten der medizinischen Indikation. Der etwas geringere Anteil bei den Minderjährigen ist wohl als Verdrängungsphänomen durch den psychosozialen Gipfel zu deuten.

c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen

- Soziale Notlage

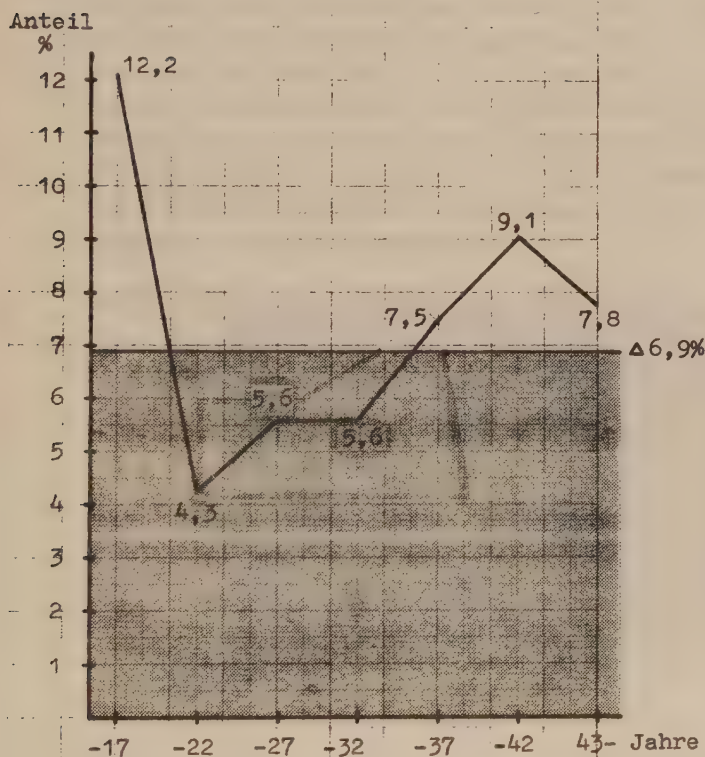


Schaubild 12

Bei einem Durchschnittsanteil dieser Indikation von 6,9 % wird die erwartete Spitze bei den Minderjährigen hier ergänzt durch einen zweiten Gipfel im höheren Alter. Dieses charakteristische Kurvenprofil wird sich im Bezug zu anderen Parametern (wirtschaftliche Verhältnisse, Beruf, Kinderzahl) teilweise erneut ergeben und Rückschlüsse auf die Ursache erlauben.

- Suizidale Gefährdung

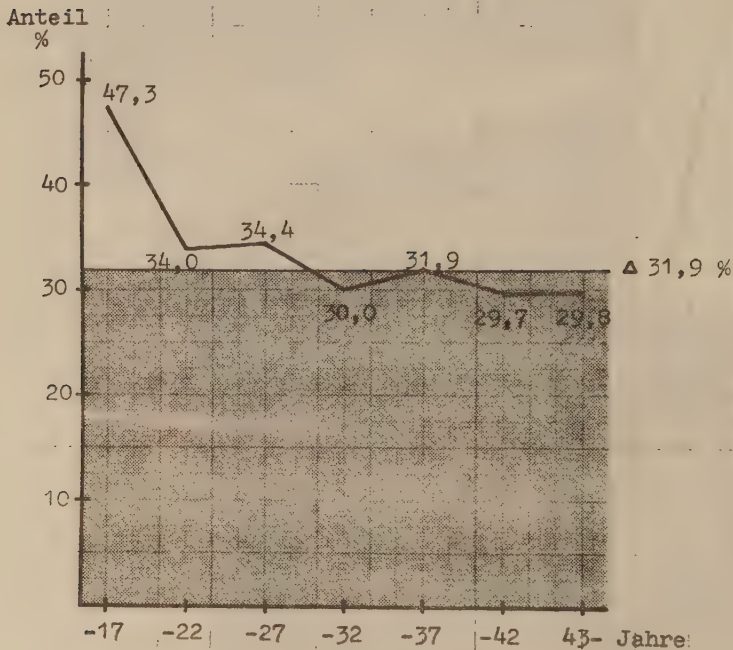


Schaubild 13

Dem Minderjährigen-Gipfel steht hier kein zweiter Altersgipfel gegenüber.

- Bezug der beiden zueinander

Die subjektive Reaktion "ich bringe mich um" auf die objektiv faßbare Notlage ist bei jungen, noch weniger gefestigten, unreifen Mädchen äußerst häufig, während die Häufung sozialer Notlagen bei reiferen Jahrgängen

zu keiner statistisch faßbaren suizidalen Überreaktion geführt hat. Die folgenden Zahlen erhärten diesen Schluß.

Bei sämtlichen volljährigen Patientinnen standen 52 - 60 % der suizidalen Indikationen für sich allein, das heißt der Rest von 40 - 48 % war von einer zweiten Indikation begleitet. Bei den Minderjährigen hingegen standen 77 %, also mehr als $3/4$ aller suizidalen Indikationen für sich allein. Dies ist ein Indiz für die unterschiedliche Wertigkeit des Problems Schwangerschaft in den Altersgruppen.

- Neurologische und psychiatrische Indikation

Diese beiden Indikationen folgen der steigenden Tendenz der medizinischen, der sie ja angehören, nicht, ja sie fallen sogar im höheren Alter etwas ab.

- Weitere medizinische Indikationen

Alle weiteren medizinischen Indikationen bestätigen mehr oder weniger die Gesamttendenz. Einige Beispiele:

1. Internistisch

3,4 % / 9,2 % / 11,6 % / 11,6 % / 10,5 % / 14,2 % / 16,6 %

bei einem Durchschnittsanteil von 11,7 %.

2. Gynäkologisch

0 % / 0,8 % / 1,3 % / 3,1 % / 4,4 % / 4,9 % / 5,0 %
bei einem Durchschnittsanteil von 3,3 % .

3. Sonstige

0 % / 1,8 % / 1,9 % / 3,6 % / 6,0 % / 8,6 % / 9,7 %
bei einem Durchschnittsanteil von 4,9 %.

- Kindliche Indikationen (Gesamtverteilung)

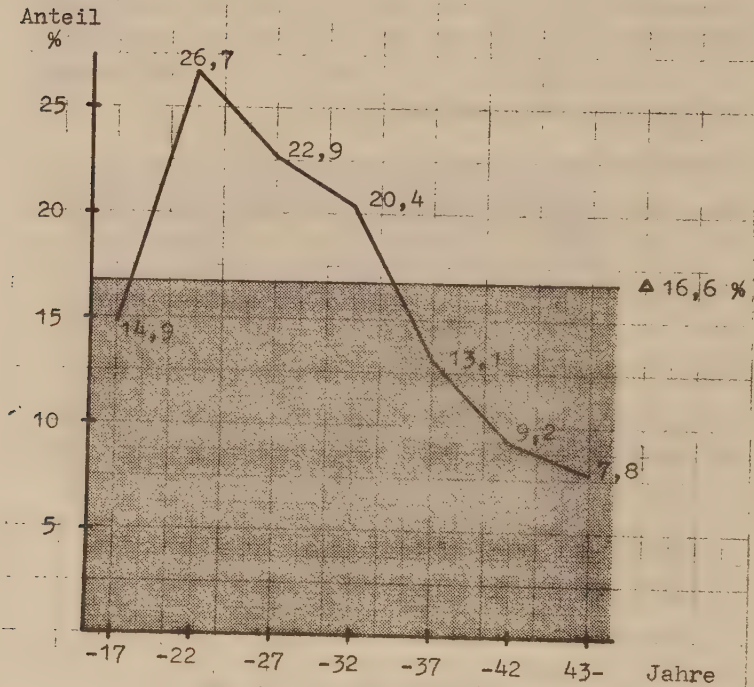


Schaubild 14

- Teratogene Indikation

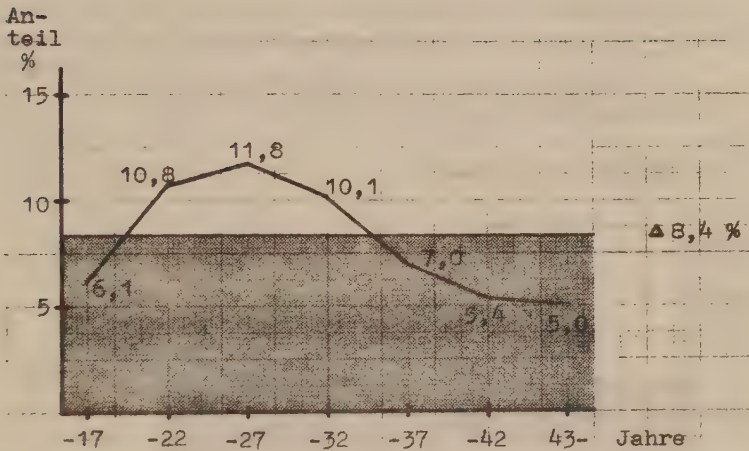


Schaubild 15

Das Profil dieser Kurve entspricht in etwa obiger Gesamtverteilungskurve. Der Altersgipfel liegt ebenfalls zwischen 22 und 32 Jahren.

- Liegendes IUD

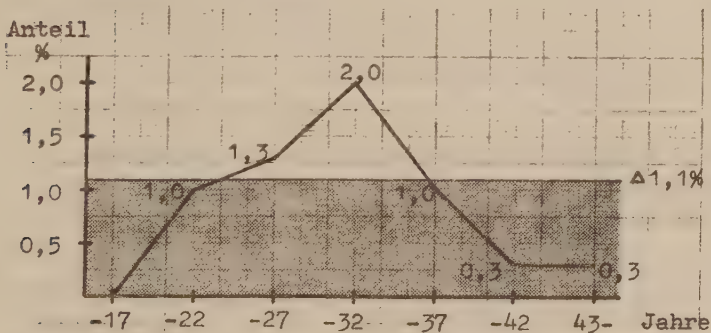


Schaubild 16

Es ergibt sich ein Häufigkeitsgipfel bei den 28 - 32jährigen Patientinnen. Bei den Minderjährigen kommt diese Indikation nicht vor. Es ist bekannt, daß diese Art der Empfängnisverhütung bei den Minderjährigen wenig verbreitet ist, fast nur bei Frauen, die schon geboren haben.

- Genetische Indikation

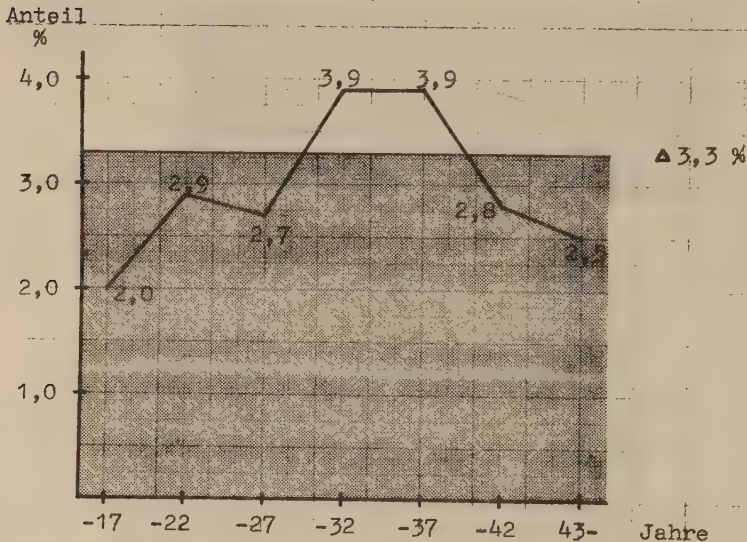


Schaubild 17

Der Altersgipfel liegt hier bei 28 - 37 Jahren, also deutlich später als der allgemein kindliche.

Mögliche Erklärung:

Genetische Probleme häufen sich naturgemäß in höherem Alter, sie werden meist erst durch leidvolle Erfahrungen mit Fehlgeburten und mißgebildeten Kindern immanent. Auch steigt z.B. das Risiko von Chromosomen-Aberrationen mit dem Alter.

- Intrauterine Infektionen

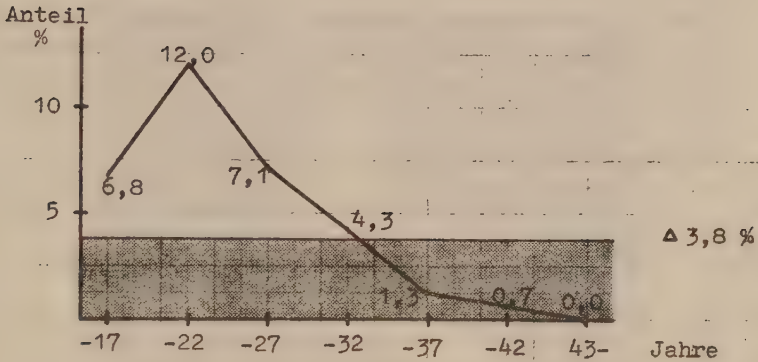


Schaubild 18

Mit einem Altersgipfel zwischen 18 und 22 Jahren ist dies deutlich die jüngste unter den kindlichen Indikationen; sicherlich deshalb, weil der Durchseuchungsgrad, also die Immunisierung der Bevölkerung z.B. gegen das Röteln-Virus mit dem Alter zunimmt.

- Kindliche Indikationen aus der Sicht der Altersgruppen

Bei den Minderjährigen stehen die Infektionen an erster Stelle, dann folgt die teratogene und dann erst die genetische Indikation, während das IUD nicht präsent ist.

In der Gruppe bis 22 Jahre besteht dieselbe Reihenfolge, jedoch mit Vorkommen der IUD-Indikation an letzter Stelle.

Ab dem 23. Lebensjahr tritt die teratogene Indikation an die erste Stelle, gefolgt von der infektiösen, der genetischen und der IUD-Indikation.

Ab dem 33. Lebensjahr nimmt die genetische Indikation dann vor der infektiösen die zweite Stelle ein.

8. Indikationen im Vergleich mit der Zahl der lebenden Kinder

a) Gesamtverteilung

Die folgende Graphik zeigt, daß die meisten Indikationen bei Patientinnen ohne oder mit 2 Kindern vorkommen. Dann folgen die Patientinnen mit einem Kind und erst ab dem dritten Kind der zu erwartende asymptotische Abfall gegen Null.

Tabelle dazu im Anhang (Nr. 28. linke Spalte)

Indika-
tionen

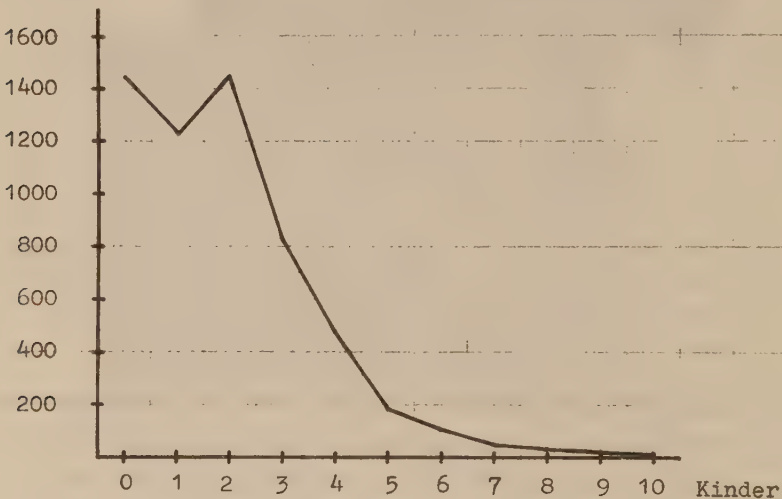


Schaubild 19

b) Indikationsgruppen pro Kinderzahl und Vergleich mit der Altersverteilung

Das folgende Schaubild vergleicht den Prozentanteil der Indikationsgruppen mit der Kinderzahl. (Tabelle 28 im Anhang). Daneben noch einmal zum Vergleich der Bezug zum Alter.

Anteil
%

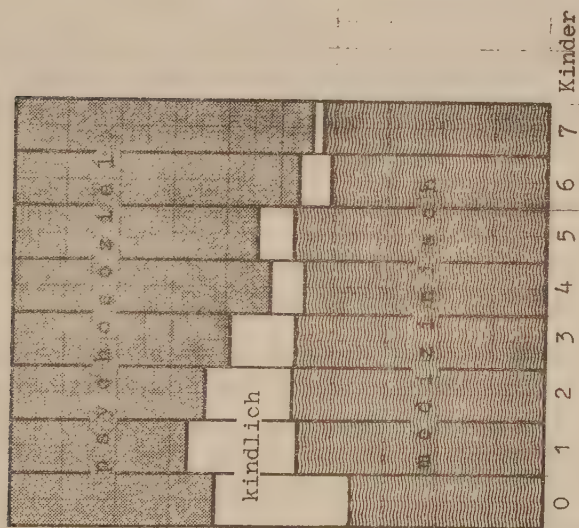


Schaubild 20

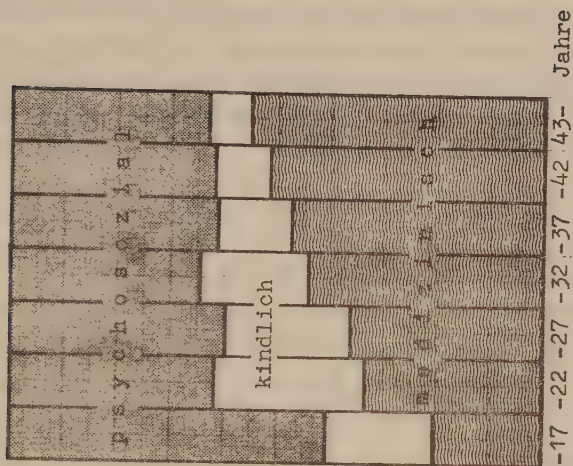


Schaubild 11

Geht man davon aus, daß mit der Kinderzahl das Alter einer Frau statistisch gesehen zumindest in der Tendenz steigt (eine sicher unbestreitbare These, es ist sogar ein in etwa linearer Zusammenhang anzunehmen), so fällt im Vergleich der beiden obigen Graphiken zunächst folgendes auf:

- Nur die kindliche Indikation nimmt sowohl mit dem Alter als auch mit der Kinderzahl ab.
- Im Gegensatz zur steigenden Tendenz mit dem Alter bleibt der Anteil der medizinischen Indikation bei verschiedenen Kinderzahlen weitgehend konstant.
- Die psychosoziale Indikation nimmt mit der Zahl der Kinder deutlich zu, während im Bezug zum Alter (mit Ausnahme der Minderjährigen) keine Tendenz zu erkennen war.

Folgerung:

Bei höheren Kinderzahlen steht die Notlage (wirtschaftliche, körperliche und seelische Überforderung) im Vordergrund und verdrängt die sicher auch vorhandenen organischen Erkrankungen in ihrer Wertigkeit. Bei höheren Altersgruppen und normal geringen Kinderzahlen beansprucht die medizinische Indikation jedoch wieder den erwarteten Raum.

c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen

- Suizidgefahr

Es ergeben sich folgende hochsignifikante Abweichungen von der Norm: Bisher kinderlose Patientinnen sind mit 34,8 % um 8,9 % häufiger als erwartet an dieser Indikation beteiligt. Bei einem lebenden Kind in der Familie liegt der Anteil mit 27,9 % jedoch um 12,5 % geringer als der Erwartungswert. Ab dem zweiten Kind kommt es zu keinen signifikanten Abweichungen vom Durchschnittswert 31,9 % mehr.

Interpretation:

Bei der (häufig minderjährigen) Erstgebährenden ist es wohl neben der Unreife und psychischen Labilität auch die Panik einer ungewollten, meist ledigen Erstschwangerschaft, die verstärkt zu reaktiver Depression und Suizidgedanken führt. Sobald bereits ein Kind im Hause ist, mag das stärkere Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Familie manche Selbstmordgedanken verdrängt und damit diese Indikation anteilmäßig gedrückt haben.

Bei größeren Kinderzahlen steigt mit der sozialen Verantwortung auch die Überforderung durch die Gesamtheit der Probleme in einer Großfamilie. Möglicherweise haben sich beide Effekte in der Statistik gegenseitig auf.

- Soziale Notlage

Da der Anteil der psychosozialen Indikation mit jedem Kind steigt, die Suizidgefahr jedoch, wie gesehen, weitgehend konstant bleibt, muß die Indikation "soziale Notlage" für diesen Anstieg verantwortlich sein. Die folgende Graphik bestätigt diese These.

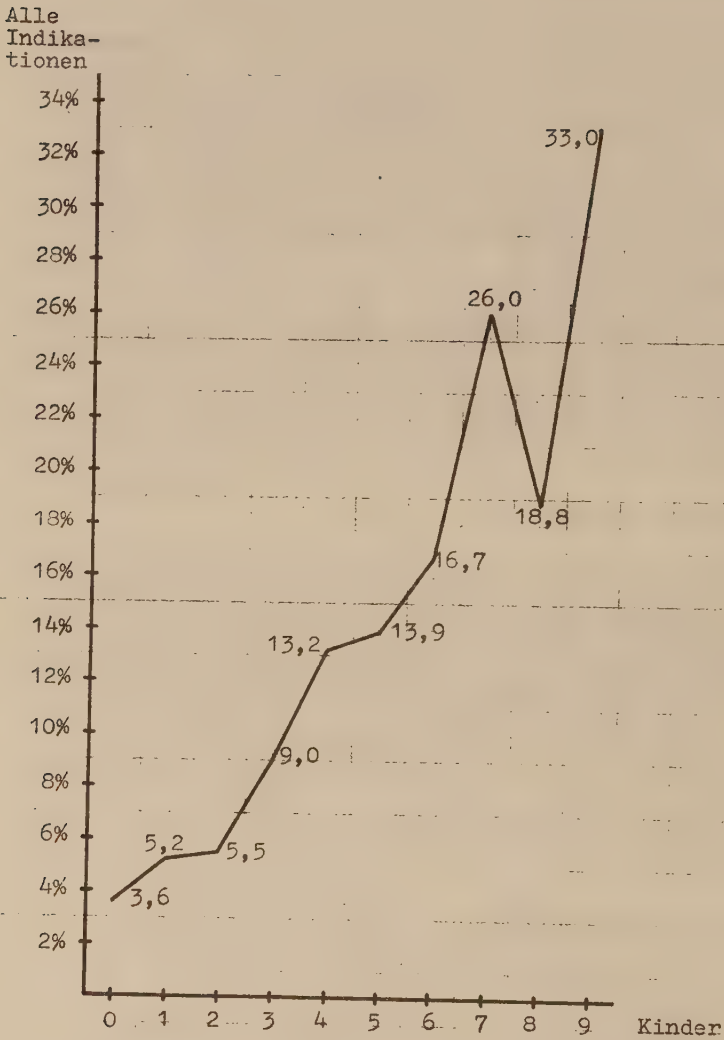


Schaubild 21

Zwar ist der statistische Aussagewert für die einzelnen Sparten wegen der geringen Stückzahl nicht sehr stark, der Kurvenverlauf illustriert dennoch eindrucksvoll den deutlich steigenden Prozentanteil. Bereits ab dem 3. Kind ist der Durchschnittswert von 6,9 % überschritten. Der "Ausreisser" bei 8 Kindern ist bei nur 6 Fällen als Zufall zu werten. Eindeutig ist jedoch das Ergebnis von 0 bis 6 Kinder!

- Bezug der beiden zueinander

Nach Eliminierung der subjektiven Suizidgefahr bleibt die etwas objektiver faßbare soziale Notlage übrig. Der Anteil dieser Indikation steigt hochsignifikant mit der Kinderzahl an. Das folgende Schaubild bestätigt deutlich, daß innerhalb der psychosozialen Indikation die Suizidgefahr mit steigender Kinderzahl immer mehr von der sozialen Notlage verdrängt wird.

eil

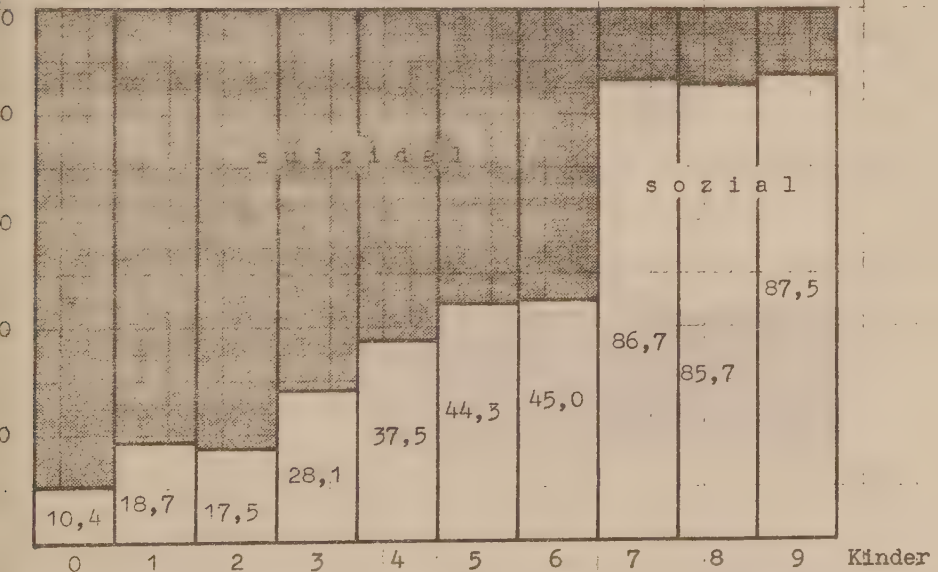


Schaubild 22

- Neurologische Indikation

Von allen 288 neurologischen Indikationen wurden allein 94 bei Erstgebärenden genehmigt, das sind 32 % mehr als zu erwarten. Dieses Phänomen mag seine Erklärung in der Natur schwerer neurologischer Erkrankungen finden. Es kommt häufig zu einer Beeinträchtigung der Intelligenz und Persönlichkeit der Kranken, die damit oft Außenseiter der Gesellschaft, ledig und kinderlos bleiben.

- Sonstige medizinische Indikationen

Die überraschende Konstanz der medizinischen Indikation bei allen Kinderzahlen (siehe vorher) bestätigt sich in diesem Teilgebiet nicht. Wie die folgende Graphik zeigt, kommt es mit jedem Kind zu einem Anstieg der (ja überwiegend thrombo-embolischen) Erkrankungen.

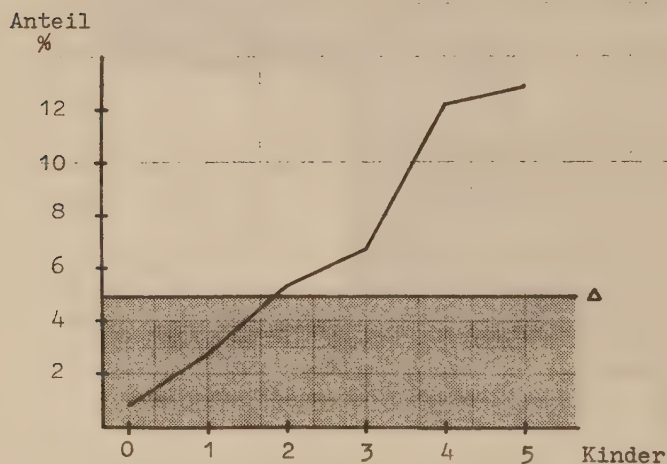


Schaubild 23

Kindliche Indikation

Die 966 Indikationen unterteilen sich wie folgt:

489	teratogen	=	50,6 %
223	infektiös	=	23,1 %
191	genetisch	=	19,8 %
<u>63</u>	<u>IUD</u>	=	<u>6,5 %</u>
966			100,0 %

Die folgende Graphik zeigt, wie sich die vier einzelnen Indikationen bei verschiedenen Kinderzahlen anteilmäßig verhalten (Tabelle dazu, Nr. 29, im Anhang).

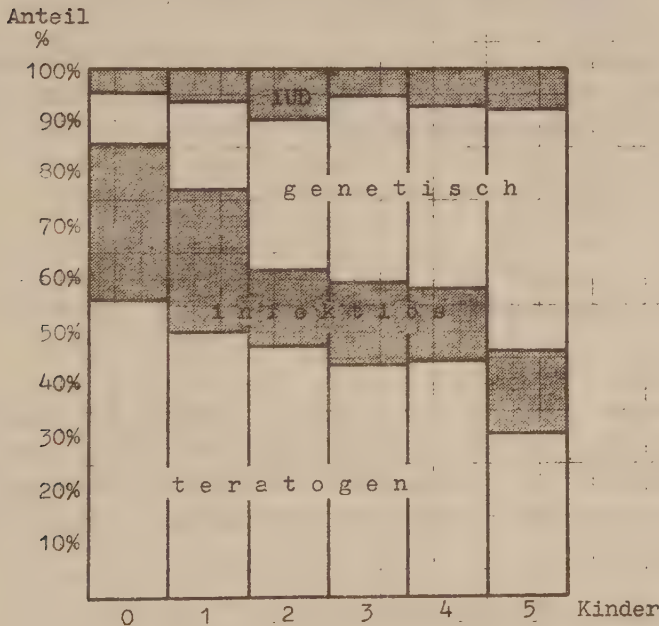


Schaubild 24

Mit steigender Kinderzahl werden die infektiösen und teratogenen Indikationen von der genetischen verdrängt. Dieselbe Tendenz war ja bereits altersabhängig zu sehen; hier ist sie jedoch noch deutlicher ausgeprägt.

9. Indikationen und bisherige Totgeburten

a) Gesamtverteilung

Ohne Totgeburt	5.616	=	96,3 %	
1 Totgeburt	176	=	3,0 %	} 3,6 %
2 Totgeburten	18	=	0,3 %	
3 Totgeburten	13	=	0,2 %	
4 Totgeburten	8	=	0,1 %	
	5.831	=	99,9 %	

b) Genetische Indikation und Vergleich mit der Gesamtverteilung

Die einzige signifikante Abweichung von den Erwartungswerten ergibt sich für die genetische Indikation, wie die folgende Tabelle zeigt

Ohne Totgeburt	165	=	86,4 %	
1 Totgeburt	17	=	8,9 %	} 13,6 %
2 Totgeburten	3	=	1,6 %	
3 Totgeburten	4	=	2,1 %	
4 Totgeburten	2	=	1,0 %	
	191	=	100,0 %	

Es haben immerhin 13,6 % der Patientinnen mit genetischer Indikation bereits mindestens eine Totgeburt hinter sich. (Gegenüber 3,6 % allgemein). Das Ergebnis verwundert nicht: Viele genetisch terminierte Erkrankungen führen zu Totgeburten.

10. Indikationen und Bekanntheitsgrad

Der antragstellende Arzt hatte auf dem Formular anzukreuzen, ob ihm die Patientin persönlich bekannt sei oder nicht. Diese Frage ist sicher in dieser Form wertlos, denn ihre Beantwortung ist subjektiv graduierbar. Dementsprechend scheint die Rubrik weder vom antragstellenden noch vom begutachtenden Arzt sonderlich ernst genommen worden zu sein, wie die Zahlen vermuten lassen:

Die Frage ist in 56,8 % der Fälle nicht beantwortet worden. 38,4 % antworteten mit ja, 4,8 % mit nein.

Bei der Auswertung ergab sich als einzige Auffälligkeit: Der Bekanntheitsgrad ist bei den medizinischen Indikationen mit 44,5 % deutlich größer als bei den psychosozialen. Dabei wurde die Frage am häufigsten im Zusammenhang mit der neurologischen und internistischen Indikation bejaht. (Antragstellender wohl auch zugleich behandelnder Arzt)

11. Indikationen und wirtschaftliche Verhältnisse

a) Gesamtverteilung

Die Frage nach den wirtschaftlichen Verhältnissen war von der Patientin selbst zu beantworten. Die deswegen naturgemäß sehr subjektiven, taktisch oder auch psychisch überlagerten Antworten verteilten sich wie folgt:

Ohne Angabe	1.679	=	28,8 %
Gut	670	=	11,5 %
Mittel	2.175	=	37,3 %
Schlecht	<u>1.307</u>	=	<u>22,4 %</u>
	5.831	=	100,0 %

Auch der Aussagewert dieser Rubrik ist nicht allzu groß, allein schon dadurch, daß fast 30 % keine Angaben machten.

b) Stellenwert der drei Hauptindikationsgruppen

Das folgende Schaubild setzt die drei Hauptindikationsgruppen in Beziehung zu den wirtschaftlichen Verhältnissen unter Weglassung der Rubrik "ohne Angaben". Bezugspunkt ist hier ein fiktiver Null-Grad-Pegel durch die Mitte der Rubrik "Mittel". (Zahlen dazu siehe Anhang 30).

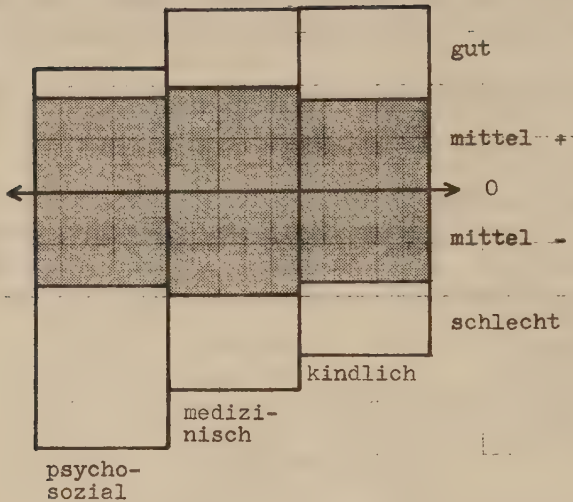


Schaubild 25

Die wirtschaftlichen Verhältnisse sind bei der psychosozialen Indikation deutlich am schlechtesten vor der medizinischen und kindlichen (keine Überraschung; denn wirtschaftliche Not ist ja eine der Hauptkomponenten sozialer Notlagensituationen).

Sicher hat aber auch so manche Patientin die Rubrik "Schlecht" angekreuzt, um die Notlage zu unterstreichen. (Die Wahrheit ist ja auch kaum nachprüfbar, und wo sind die Grenzen anzusetzen?) Andererseits sind wohl so manche Verhältnisse etwas "aufgebessert" worden, um die Integrität der medizinischen oder kindlichen Indikation zu betonen.

12. Indikationen und Beruf

a) Gesamtverteilung

Die von der Patientin angegebenen Berufe verteilen sich wie folgt:

Hausfrau und Bäuerin	2.722	=	46,7 %
Angestellte	1.058	=	18,1 %
Arbeiterin	614	=	10,5 %
Höhere Angestellte	544	=	9,3 %
Schülerin	151	=	2,6 %
Studentin	105	=	1,8 %
Rentnerin	67	=	1,1 %
Arbeitslos	50	=	0,9 %
Akademikerin	2	=	0,0 %
ohne Angaben	518	=	8,9 %
	5.831	=	100,0 %

b) Verteilung der drei Hauptindikationsgruppen

Die drei Hauptindikationsgruppen werden in ihrem Prozentanteil in der folgenden Graphik in Beziehung zu den Berufen gesetzt.

(Tabellen siehe Anhang 31)

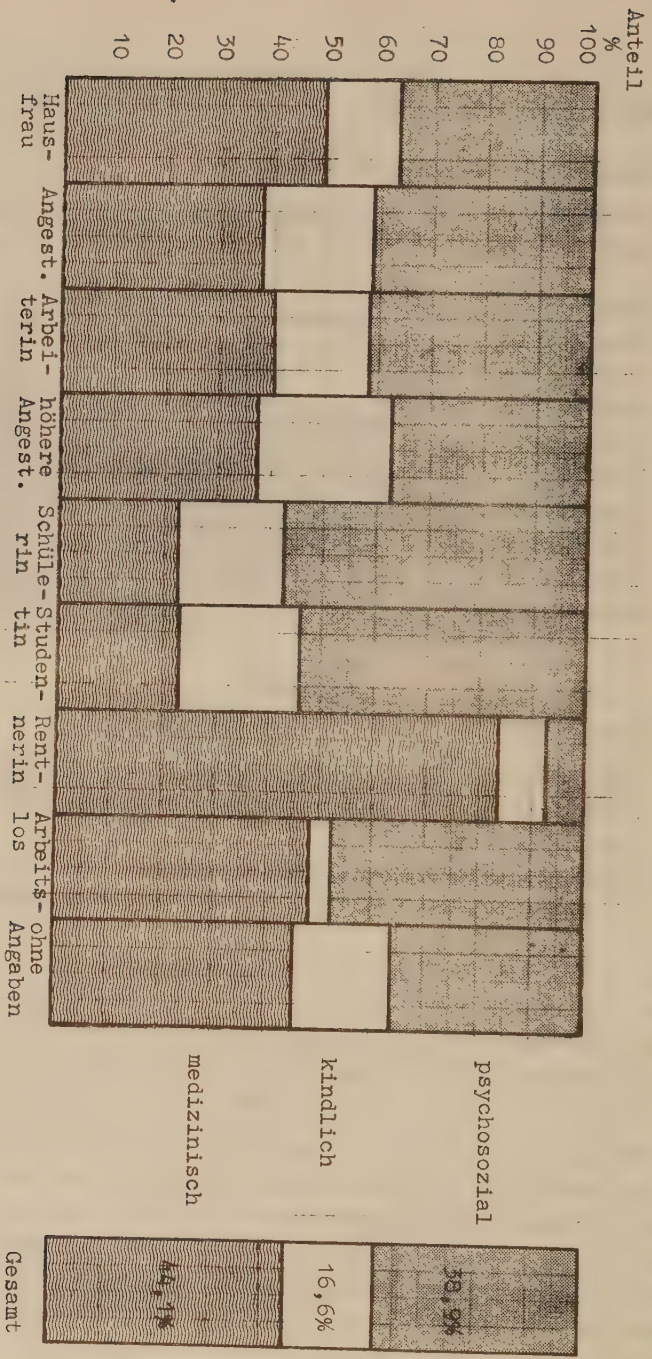


Schaubild 26

Beurteilung:

- Die psychosoziale Indikation tritt bei Schülerinnen, Studentinnen und Arbeitslosen deutlich vermehrt auf.
- Die medizinische Indikation überwiegt bei Hausfrauen und Arbeitslosen, ganz eklatant aber bei Rentnerinnen. Letzteres verwundert nicht, wenn man bedenkt, daß es ja Krankheiten geben muß, die zur Frühberentung geführt haben - und meist dürfte die Krankheit auch gleich die Indikation zur Interruptio geboten haben.
- Bei Angestellten und höheren Angestellten, vor allem aber auch bei Schülerinnen und Studentinnen, tritt die medizinische Indikation deutlich in den Hintergrund. Dies ist sicher nicht zuletzt eine Frage des Alters und der Kinderzahl (Hausfrauen sind im Schnitt älter als Berufstätige, Schülerinnen und Studentinnen und haben meist mehr Kinder).
- Gehäuftes Vorkommen der kindlichen Indikation findet sich bei Schülerinnen, vor allem aber bei Studentinnen und höheren Angestellten. Es lassen sich hier Zusammenhänge vermuten mit der Höhe des Bildungsgrades und damit der Aufgeklärtheit.

c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen

- Suizidgefahr

Es ergeben sich folgende hochsignifikante Abweichungen vom Erwartungswert:

Angestellte	+ 11,3 %
Schülerinnen	+ 43,1 %
Studentinnen	+ 58,1 %
Hausfrauen	- 7,8 %
Rentnerinnen	- 86,0 %

Im Vergleich zur psychosozialen Gesamtindikation in obiger Graphik fällt auf, daß die Arbeitslosen jetzt nicht vermehrt auftreten; sonst aber entsprechen die Abweichungen einander in etwa.

- Soziale Notlage

Folgende Abweichungen vom Erwartungswert ergeben sich hier:

Arbeitslose	+	131 %
Schülerinnen	+	721 %
Höhere Angestellte	-	44,3 %

Es schlägt sich hier nieder, daß die Zukunftschancen oder auch nur die finanzielle Situation von Arbeitslosen und Schülerinnen durch eine ungewollte Schwangerschaft am stärksten beeinträchtigt werden. Im Gegensatz dazu scheint es bei (besser verdienenden) höheren Angestellten weniger derartige Probleme zu geben.

- Medizinische Indikationen allgemein

Rentnerinnen sind fast 90 % häufiger in dieser Gruppe vertreten als zu erwarten (siehe Graphik). Verantwortlich dafür sind nicht die psychiatrische, urologische, gynäkologische und sonstige Indikation, sondern neurologische (17), internistische (16), chirurgische und orthopädische (je 6) Fälle.

- Sonstige medizinische Indikationen

Diese Indikation tritt in zwei Drittel aller Fälle (194 von 288) bei Hausfrauen auf - dies ist bei einem Gesamtanteil der Hausfrauen von 46,7 % 44,3 % mehr als erwartet. Diese Häufung geht gleichmäßig zu Lasten aller anderen Indikationen.

Ein ähnlicher Gipfel hatte sich für diese Indikation ja schon bei älteren sowie kinderreicheren Patientinnen ergeben. Auf den logischen Zusammenhang wurde bereits hingewiesen.

- Intrauterin-Infektionen

Vermehrt kommt diese Indikation vor bei Studentinnen (99,2 % mehr als erwartet), Schülerinnen (+ 107,8 %), sowie höheren Angestellten (+ 82,7 %). Hausfrauen sind dementsprechend um 26 % unterrepräsentiert. Ein ähnliches Verteilungsprofil hat diese Indikation schon bei jüngeren sowie bei kinderlosen Patientinnen geboten. Die Ursachen (altersbedingt geringer Durchseuchungsgrad und ein höherer Bildungsstand) wurden bereits diskutiert.

- Teratogene Indikation

Diese ebenfalls etwas vom Bildungsstand abhängige Sparte findet sich vermehrt bei Angestellten (um 44 %) und höheren Angestellten (um 62,2 %). Daß hier der Faktor "Alter und Durchseuchungsgrad" keine Rolle spielt, zeigt sich in der Normalverteilung bei Schülerinnen und Studentinnen.

- Indikation IUD

Wegen der geringen Fallzahl 63 hat diese Rubrik nur geringe Aussagekraft. Dennoch läßt sich eine signifikante Häufung bei höheren Angestellten (+ 87,2 %) und Patientinnen ohne nähere Angaben (+ 114,4%) nachweisen.

- Genetische Indikation

Diese Indikation entspricht nicht ganz der kindlichen Gesamttendenz. Vermehrt gefunden wird sie bei Patientinnen ohne nähere Angaben (+ 59,1 %) und Hausfrauen (+ 21,1 %).

13. Indikationen und Familienstand

a) Gesamtverteilung

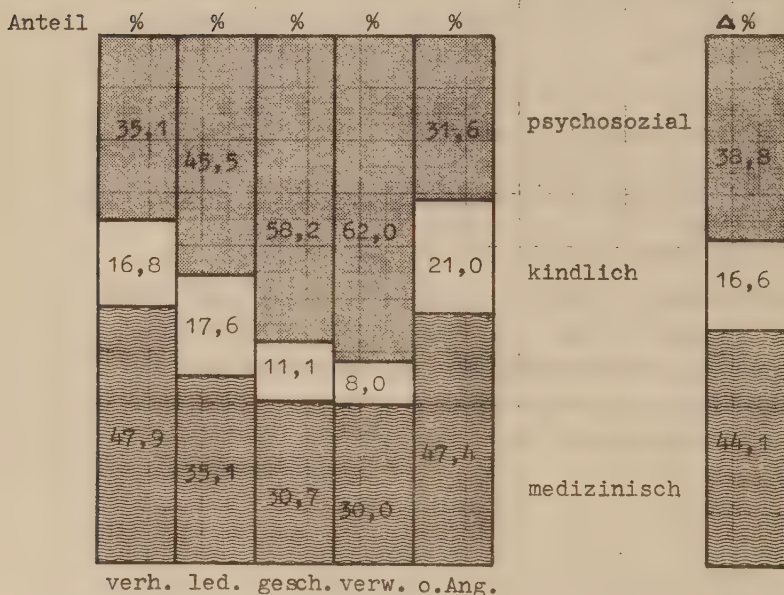
Die Indikationen verteilen sich wie folgt:

Verheiratet	4.217	=	72,3 %
Ledig	1.164	=	20,0 %
Geschieden	361	=	6,2 %
Verwitwet	50	=	0,9 %
Ohne Angaben	39	=	0,7 %
	5.831	=	100,1 %

b) Anteil der Indikationsgruppen

Die folgende Graphik gibt einen Eindruck von der Prozentualen Verteilung der Indikationsgruppen.

(Tabelle im Anhang 32)



Auffällig (aber zu erwarten) ist eine Häufung der psychosozialen Indikation bei Geschiedenen und Witwen, aber auch ledigen Patientinnen.

Keine Angaben zum Familienstand machten überdurchschnittlich häufig die Patientinnen mit kindlicher Indikation, während Frauen mit psychosozialer Indikation seltener als erwartet die Antwort schuldig blieben.

c) Isolierte Betrachtung einiger Einzelindikationen

- Suizidgefahr

Gehäuftes Vorkommen findet sich bei Ledigen (23,3 % mehr als erwartet), Witwen (+ 25,3 %), Geschiedenen (+ 42,3 %) auf Kosten der Verheirateten (- 10,1 %).

Während die große Zahl Lediger noch mit dem jüngeren Altersschnitt zu erklären ist, scheint bei Witwen und Geschiedenen das Alleinestehen mit seinen materiellen und seelischen Konsequenzen eine entscheidende Rolle zu spielen.

- Soziale Notlage

Auch in dieser Gruppe sind Witwen (+ 217,5 %, das sind 11 statt 3,5 erwartete Fälle) sowie Geschiedene (+ 42,3 %) vermehrt vertreten. Ledige dagegen bleiben um 10,7 % unter dem Erwartungswert zurück. Es ist dies eine Bestätigung für die Erkenntnis (siehe Seite 35), daß die soziale Notlage im Unterschied zur Suizidgefahr mit dem Alter an Bedeutung gewinnt.

Der Anteil der Suizidgefährdeten unter den Frauen mit psychosozialer Indikation ist bei den Ledigen weitaus am größten, wie die folgende Gegenüberstellung zeigt:

	Suizidal	Sozial	Summe
Ledige	86,4 %	13,6 %	100 %
Geschiedene	78,1 %	21,9 %	100 %
Witwen	64,5 %	35,5 %	100 %
Allgemein	82,2 %	17,8 %	100 %

Die soziale Komponente spielt also bei Witwen und Geschiedenen eine überdurchschnittliche Rolle.

- Psychiatrische Indikation

Die 138 Fälle bei ledigen Frauen liegen um 29,4 % über dem Erwartungswert. Eine Erklärung für diese Abweichung ergibt sich aus der Natur der Erkrankung (oft frühe Manifestation und chronischer und schwerer Verlauf, z.B. bei Schizophrenien).

- Medizinische Indikation

Sämtliche Krankheiten aus dieser Gruppe, bis auf die psychiatrischen, treten folgerichtig vermehrt bei Verheirateten auf.

- Ethisch-kriminologische Indikation

Von den 27 Fällen handelte es sich bei 21 Patientinnen um Ledige, die restlichen 6 waren verheiratet.
(Beachte den Vergleich zum Alter!)

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden die 4570 genehmigten Anträge der Jahre 1966-1975 auf Schwangerschaftsabbruch in Bayern statistisch erfaßt und ausgewertet, indem die Daten über Lochkarten in ein Rechnerprogramm des Instituts für Statistik und Biomathematik der Universität München eingegeben wurden. Bezugspunkt zu den jeweiligen Daten waren die Indikationen. Diese wurden in vier Hauptgruppen eingeteilt (medizinisch, psychosozial, kindlich, ethisch-kriminologisch), wobei meistens nur die ersten drei Gruppen statistisch eine Rolle spielten.

1. Allgemein

- Die Zahl der legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in Bayern hat seit 1967 ständig zugenommen. Diese Steigerung hält auch nach Einführung des neuen Genehmigungsverfahrens (Neufassung des § 218 am 21.6.76) weiter an.
- Den weitaus größten Anteil an den im Beobachtungszeitraum 1966 - 1975 anerkannten 5831 Indikationen hat mit 48,2 % die Interruptio-Kommission München (= München und Vororte).
- Aus Sicht der Ortsgröße (Bezugsgröße Postleitzahl) ergab sich ein Überwiegen der ländlichen Gegend mit 43,4 % der Indikationen vor München-Stadt (30,6 %).
- Die Indikationen unterteilen sich in vier Gruppen, von denen die rein medizinische Indikation mit 44,1 % am häufigsten vertreten ist. Es folgen die psychosoziale (38,8 %), die kindliche (16,6 %) sowie die ethisch-kriminologische Indikation (0,5 %).
- Weitaus häufigste Einzelindikation ist mit 31,9 % Suizidgefährdung vor der internistischen Indikation (11,7 %).
- Die 2266 psychosozialen Indikationen bestehen zu 82 % aus Suizidgefahr und zu 18% aus sozialer Notlage. Suizidgefahr genügte in 56 % ihres Vorkommens zur Anerkennung als Alleinindikation, während die soziale Notlage nur in 22 % alleine stand. Suizidgefahr scheint als die absolutere der beiden Indikationen zu gelten. 60 % der sozialen Notlagen waren mit Suizidgefahr kombiniert, während sich die Suizidgefahr nur in 13 % ihres Vorkommens zusammen mit der sozialen Notlage fand.

2. Zeitliche Tendenz

- Im Beobachtungszeitraum wird die medizinische Indikation immer mehr von der psychosozialen Indikation verdrängt und 1974 erstmals überholt. Diese Entwicklung setzt sich bis heute fort.
- Gegenläufig zur Entwicklung der medizinischen Indikation insgesamt verhalten sich zwei Einzelindikationen aus dieser Gruppe: Der Anteil der psychiatrischen Fälle steigt bis 1974 stetig und fällt dann wieder ab. Die Gruppe der sonstigen medizinischen Indikationen (davon 81 % thrombo-embolische Erkrankungen) vermehrt ihren Anteil in jedem Jahr.
- Etwa die Hälfte der kindlichen Indikationen ergeben sich alljährlich aus teratogenen Einflüssen (Durchschnitt 50,6 %). Erst ab 1970 kommt sporadisch das liegende IUD als Indikation vor, ab 1974 (dem Jahr, in dem die Kupferspirale offiziell in Deutschland eingeführt wird) steigt diese Indikation sprunghaft an.

3. Regionale Tendenz

- In Mittelfranken (mit der Großstadt Nürnberg) und in München mit seinem Einzugsbereich ergibt sich ein weit überdurchschnittliches Vorkommen der psychosozialen Indikation, während in den restlichen, eher ländlichen Regierungsbezirken (= I-Kommissionen) die medizinische Indikation überwiegt. Am deutlichsten zeigt sich dies in Oberfranken.
- Überraschenderweise weicht die soziale Indikation in keinem Bezirk deutlich vom Durchschnitt ab, mit Ausnahme von Oberfranken, wo es nicht ein einziges Mal zur Anerkennung der sozialen Notlage gekommen war. Für das Überwiegen der psychosozialen Indikation in München und Mittelfranken ist folglich alleine die suizidale Gefährdung verantwortlich.

- Die kindliche Indikation tritt im Bereich der I-Kommission Oberbayern überdurchschnittlich oft auf.
- Für die ständige, alljährliche Zunahme des Anteils der psychosozialen Indikation ist weitgehend München und mit deutlichem Sprung ab 1974 Mittelfranken maßgebend. Der Anteil der restlichen Bezirke ist konstant. Lediglich 1974 ergab sich im Bezirk Schwaben eine deutliche Häufung.
- Auch für die Rückwärtstendenz der medizinischen Indikation ist in erster Linie München maßgebend. Der gegenläufig zum Sprung der psychosozialen Indikation in Mittelfranken 1972 beobachtete Knick der medizinischen Indikation ergibt sich nur anteilmäßig, absolut gesehen steigen auch diese Zahlen weiter an. Es resultiert folglich ein genereller Anstieg des Stellenwerts der psychosozialen Indikation in ganz Bayern auch in diesem Jahr. Die innenpolitische Entwicklung (Regierungswechsel in Bonn) und der zunehmend unbefangene Umgang mit dem Thema "Schwangerschaftsabbruch" mögen dafür mit maßgebend sein. Die ländlichen Bezirke sind jedenfalls - auch dies ein Indiz für die These - von dieser Entwicklung nur gestreift worden.
- Die psychosoziale Indikation tendiert zu den größeren Städten. Verantwortlich dafür ist nicht die (wie schon gezeigt, strukturunabhängige) soziale Notlage, sondern allein die suizidale Gefährdung.
- Die teratogene Indikation ist im Bereich München um 29 % häufiger als erwartet vertreten.
- Aus dem Einzugsbereich München entstammen 50 % aller IUD-Fälle.
- Die ethisch-kriminologische Indikation entspricht der Normalverteilung. Die geringe Zahl läßt jedoch keine statistische Auswertung zu.

4. Schwangerschaftsdauer

- Mit 16 % wurden die meisten Anträge auf Schwangerschaftsabbruch in der 8. Schwangerschaftswoche gestellt. Dieser Gipfel findet sich in der psychosozialen und kindlichen Indikation wieder, während die meisten medizinischen Indikationen in der 9. Schwangerschaftswoche genannt werden.
- Die späteste, also durchschnittlich im fortgeschrittensten Schwangerschaftsstadium gestellte Indikation war die infektiös-kindliche, was mit dem meist späten Zeitpunkt der Diagnosestellung und der akuten Natur der Erkrankung zusammenhängen dürfte.
- Insgesamt ist die psychosoziale und da vor allem die suizidale Indikation dem durchschnittlichen Zeitpunkt deutlich voraus, während medizinische und vor allem kindliche Indikationen in ein späteres Schwangerschaftsstadium tendieren.

5. Alter

- Die meisten Indikationen werden bei Patientinnen in der Altersgruppe zwischen 33 und 37 Jahren gestellt; medizinische und psychosoziale Indikationen folgen dieser Verteilung, während der Häufigkeitsgipfel der kindlichen Indikationen im Alter zwischen 28 und 32 Jahren liegt. Auch die 18- bis 27jährigen sind hier weit überdurchschnittlich vertreten.
- Bei minderjährigen Patientinnen dominiert überragend (mit 59,5 %) die psychosoziale Indikation, während ab dem 33. Lebensjahr medizinische Indikationen das Feld mehr und mehr beherrschen.
- Bei sozialen Notlagen ergibt sich neben der Minderjährigen-Spitze ein zweiter Gipfel bei den älteren Patientinnen (ab 38 Jahren). Dieser zweite Gipfel existiert

jedoch bei der suizidalen Gefährdung nicht. Daraus folgt, daß die Suizidtendenz bei jungen Mädchen (bedingt durch die Persönlichkeitsstruktur, aber auch, wie sich später zeigt, abhängig von der Kinderzahl) als Reaktion auf die (altersunabhängige) soziale Notlage einer ungewollten Schwangerschaft deutlich größer ist als bei älteren Patientinnen.

- Den Abbruch einer Schwangerschaft bei liegendem IUD gab es bei Minderjährigen im Beobachtungszeitraum nicht. Der Häufigkeitsgipfel dieser Indikation liegt in der Gruppe zwischen 28 und 32 Jahren.
- Die genetischen Indikationen dominieren in den Altersgruppen von 28 - 37 Jahren, in einem Alter, wo genetische Probleme (z.B. nach Fehlgeburten) häufig erst manifest werden, in einem Alter, in dem auch das Risiko von Chromosomen-Aberrationen steil ansteigt.
- Gegensätzlich dazu liegt der Gipfel von Schwangerschaftsabbrüchen wegen intrauterinen Infektionen sehr viel früher, nämlich zwischen 18 und 22 Jahren. Ein Zusammenhang mit der Durchseuchung, also dem Immunisierungsgrad der Bevölkerung (Beispiel Röteln!) ist anzunehmen.

6. Kinderzahl

- Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ergab sich gleich häufig bei Frauen ohne Kinder und solchen mit bereits zwei lebenden Kindern. Erst an dritter Stelle kommen Mütter von einem Kind. Bei Vergleich der Indikationen in Abhängigkeit vom Alter mit den Indikationen in Abhängigkeit von der Kinderzahl zeigt sich, daß die soziale Notlage bei höheren Kinderzahlen (trotz des höheren Alters) im Stellenwert weit vor den organischen Erkrankungen rangiert, während bei höherem Alter, aber geringer Kinderzahl medizinische Indikationen dominieren (siehe oben).

- Überdurchschnittlich oft wird eine suizidale Gefährdung bei kinderlosen Frauen bescheinigt, bei Frauen mit einem Kind jedoch tritt sie in den Hintergrund. Ab dem zweiten Kind ergeben sich keine Normabweichungen. Neben der schon weiter oben erwähnten Altersabhängigkeit könnte das Verantwortungsbewußtsein gegen die Familie, im ersten Fall zwangsläufig fehlend, bei vorhandenen Kindern einen hemmenden Einfluß auf das Selbstmordvorhaben ausüben. Der Stellenwert des psychischen Problems dürfte darüberhinaus in einer bestehenden Familie geringer sein als bei oft alleinstehenden oder alleingelassenen Frauen.
- Mit jedem lebenden Kind steigt der Stellenwert der sozialen Indikation. Innerhalb der psychosozialen Gesamtindikation wird die Suizidgefahr mit steigender Kinderzahl immer mehr von der sozialen Notlage verdrängt.
- Die neurologische Indikation ist bei Erstgebärenden weit überdurchschnittlich vertreten.
- Mit jedem Kind steigt der Anteil der sonstigen medizinischen Indikationen an (analog zum Verhalten thromboembolischer Erkrankungen).
- Innerhalb der kindlichen Indikationen werden mit steigender Kinderzahl infektiöse und teratogene von der genetischen Indikation verdrängt (nahezu analog zur Altersentwicklung).

7. Totgeburten

- Im Gegensatz zur Gesamtverteilung (3,6 %) haben bereits 13,6 % aller Patientinnen mit genetischer Indikation mindestens eine Totgeburt hinter sich!

8. Wirtschaftliche Verhältnisse

- Die schlechtesten wirtschaftlichen Verhältnisse finden sich durchschnittlich bei Patientinnen mit psychosozialer Indikation, dann folgen medizinische und kindliche Indikationen. Die Angaben sind jedoch nicht nachprüfbar und teils unbewußt, teils mit Absicht gefärbt.

9. Beruf

- Schülerinnen, Studentinnen und Arbeitslose beantragten am häufigsten psychosoziale Indikationen. Während medizinische Indikationen bei Hausfrauen und Arbeitslosen, vor allem aber natürlich bei Rentnerinnen überwiegen.
- Kindliche Indikationen finden sich vermehrt bei Schülerinnen, Studentinnen und höheren Angestellten.
- Höhere Angestellte erhielten weit häufiger als andere IUD-Indikationen.

10. Familienstand

- Geschiedene, Witwen, weniger deutlich auch Ledige dominieren bei psychosozialen Indikationen; bei den Ledigen liegt jedoch nur die Suizidgefahr, nicht aber die soziale Notlage über dem Durchschnitt.
- Bei Ledigen findet sich schließlich vermehrt eine psychiatrische Indikation.

A N H A N G

1. Unterteilung der medizinischen Indikationen

a)	internistisch	680	=	26,4 %
b)	psychiatrisch	534	=	20,8 %
c)	urologisch	345	=	13,4 %
d)	neurologisch	288	=	11,2 %
e)	sonstige med.	288	=	11,2 %
f)	gynäkologisch	192	=	7,5 %
g)	orthopädisch	146	=	5,7 %
h)	chirurgisch	99	=	3,8 %
		2572		100,0 %

2. Unterteilung der kindlichen Indikationen

a)	teratogen	489	=	50,6 %
b)	infektiös	223	=	23,1 %
c)	genetisch	191	=	19,8 %
d)	liegendes IUD	63	=	6,5 %
		966		100,0 %

3. Zeitliche Entwicklung der medizinischen Indikation
(Tabelle zu Grafik 1 und 2)

<u>Jahr</u>	<u>Fälle</u>		<u>Gesamt</u>		<u>Prozentanteil</u>
1966	86	von	103	=	83,5 %
1967	64	von	84	=	76,2 %
1968	82	von	113	=	72,6 %
1969	100	von	156	=	64,1 %
1970	159	von	250	=	63,6 %
1971	218	von	370	=	58,9 %
1972	296	von	589	=	50,3 %
1973	415	von	960	=	43,2 %
1974	590	von	1542	=	38,3 %
1975	562	von	1664	=	33,8 %
Summe	2572		5831		44,1 % Durchschnitt

4. Zeitliche Entwicklung der psychosozialen Indikation
(Tabelle zu Grafik 1 und 2)

<u>Jahr</u>	<u>Fälle</u>		<u>Gesamt</u>		<u>Prozentanteil</u>
1966	6	von	103	=	5,8 %
1967	8	von	84	=	9,5 %
1968	22	von	113	=	19,5 %
1969	21	von	156	=	13,5 %
1970	49	von	250	=	19,6 %
1971	93	von	370	=	25,1 %
1972	214	von	589	=	36,3 %
1973	366	von	960	=	38,1 %
1974	715	von	1542	=	46,4 %
1975	772	von	1664	=	46,4 %
Summe	2266		5831		38,8 % Durchschnitt

5. Zeitliche Entwicklung der kindlichen Indikation
(Tabelle zu Grafik 1)

<u>Jahr</u>	<u>Fälle</u>		<u>Gesamt</u>		<u>Prozentanteil</u>
1966	10	von	103	=	9,7 %
1967	12	"	84	=	14,3 %
1968	9	"	113	=	8,0 %
1969	32	"	156	=	20,5 %
1970	40	"	250	=	16,0 %
1971	57	"	370	=	15,4 %
1972	77	"	589	=	13,1 %
1973	173	"	960	=	18,0 %
1974	232	"	1542	=	15,0 %
1975	324	"	1664	=	19,5 %
Summe	966	von	5831	=	16,6 % Durchschnitt

6. Zeitliche Entwicklung der ethisch-kriminologischen Indikation
(Tabelle zu Grafik 1)

<u>Jahr</u>	<u>Fälle</u>
1966	1
1967	0
1968	0
1969	3
1970	2
1971	2
1972	2
1973	6
1974	5
1975	6
Summe	27 = 0,5 % im Durchschnitt

7. Zeitliche Tendenz der medizinischen Einzelindikationen absolut und relativ

Jahr	psychiatr.	neurolog.	intern.	chirurg.	orthopäd.	urolog.	gynäkol.	Sonstige
1966	12=14, 0%	15=17, 4%	21=24, 4%	5	2	18=20, 9%	8	5= 5, 6%
1967	5= 7, 8%	6= 9, 4%	15=23, 4%	10	5	16=25, 0%	6	1= 1, 6%
1968	13=15, 9%	8= 9, 8%	27=32, 9%	5	5	13=15, 9%	6	4= 4, 9%
1969	10=10, 0%	20=20, 0%	32=32, 0%	7	11	10=10, 0%	4	6= 6, 0%
1970	20=12, 6%	22=13, 6%	46=28, 4%	11	13	27=17, 0%	11	9= 5, 7%
1971	31=14, 2%	27=12, 4%	71=32, 6%	11	11	34=15, 6%	13	20= 9, 2%
1972	50=16, 9%	41=13, 9%	85=28, 7%	8	19	38=12, 8%	21	34=11, 5%
1973	94=22, 7%	37= 8, 9%	96=23, 1%	12	23	63=15, 2%	31	59=14, 2%
1974	181=30, 7%	54= 9, 2%	130=22, 0%	16	31	60=10, 2%	41	77=13, 1%
1975	118=21, 0%	58=10, 3%	157=27, 9%	13	26	66=11, 7%	51	73=13, 0%
	534=20, 8%	288=11, 2%	680=26, 4%	99=3, 8%	146=5, 7%	345=13, 4%	192=7, 5%	288=11, 2%

8. Regionalverteilung der psychosozialen Indikation

	Fälle	Prozentanteil		Abweichung vom Erwartungswert in Prozent
		I-Kommis-sionen	Indikat.-Gruppen	
München	1253	55,3 %	44,0 %	+13,4 %
Mittelfranken	646	28,5 %	44,1 %	+13,5 %
Oberbayern	123	5,4 %	24,0 %	-38,2 %
Schwaben	127	5,6 %	28,0 %	-27,8 %
Unterfranken	51	2,3 %	22,6 %	-41,9 %
Niederbayern	33	1,5 %	26,0 %	-33,1 %
Oberpfalz	27	1,2 %	22,7 %	-41,6 %
Oberfranken	5	0,2 %	6,0 %	-84,5 %
Summe	2265	100,0 %	38,8 %	

9. Regionalverteilung der medizinischen Indikation

	Fälle	Prozentanteil		Abweichung vom Erwartungswert in Prozent
		I-Kommis-sionen	Indikat.-Gruppen	
München	1081	42,0 %	38,0 %	-13,9 %
Mittelfranken	633	24,6 %	43,2 %	-2,1 %
Oberbayern	264	10,3 %	51,6 %	+16,9 %
Schwaben	246	9,6 %	54,3 %	+23,1 %
Unterfranken	143	5,6 %	63,3 %	+43,3 %
Niederbayern	71	2,8 %	55,9 %	+26,6 %
Oberpfalz	74	2,9 %	62,2 %	+41,0 %
Oberfranken	60	2,3 %	72,3 %	+63,9 %
Summe	2572	100,1 %	44,1 %	

10. Regionalverteilung der kindlichen Indikation

	Fälle	Prozentanteil		Abweichung vom Erwartungswert in Prozent
		I-Kommis-sionen	Indikat.-Gruppen	
München	498	51,6 %	17,5 %	+ 5,7 %
Mittelfranken	177	18,3 %	12,1 %	-27,1 %
Oberbayern	124	12,8 %	24,2 %	+46,2 %
Schwaben	78	8,1 %	17,2 %	+ 4,0 %
Unterfranken	32	3,3 %	14,2 %	-14,4 %
Niederbayern	22	2,3 %	17,3 %	+ 3,7 %
Oberpfalz	17	1,8 %	14,3 %	-14,1 %
Oberfranken	18	1,9 %	21,7 %	+30,4 %
Summe	966	100,1 %	16,1 %	

11. Regionalverteilung der Indikation "soziale Notlage"

	Fälle	Prozent-anteil	Abweichung vom Erwartungswert in Prozent
München	205	50,7 %	+ 4,0 %
Mittelfranken	101	25,0 %	- 0,5 %
Oberbayern	37	9,2 %	+ 4,3 %
Schwaben	27	6,7 %	-14,0 %
Unterfranken	17	4,2 %	+ 8,5 %
Niederbayern	10	2,5 %	+13,6 %
Oberpfalz	7	1,7 %	-15,1 %
Oberfranken	0	0	- 100 %

12. Regionalverteilung der Indikation "Suizidgefahr"

	<u>Fälle</u>		<u>Erwartungs- wert</u>	<u>Abweichung vom Erwartungswert in Prozent</u>
München	1048	statt	908	+15,4 %
Mittelfranken	545	"	468	+16,5 %
Oberbayern	86	"	163	-47,2 %
Schwaben	100	"	145	-31,0 %
Unterfranken	34	"	72	-52,8 %
Niederbayern	23	"	40	-42,5 %
Oberpfalz	20	"	38	-47,4 %
Oberfranken	5	"	27	-81,5 %

13. Zeitliche Entwicklung der psychosozialen Indikation
im Bereich der I-Kommission München

	Fälle		Alle Indika- tionen in München			Prozent- anteil
1969	4	von	54	Fällen	=	7,4 %
1970	17	"	108	"	=	15,7 %
1971	46	"	147	"	=	31,3 %
1972	73	"	226	"	=	32,3 %
1973	168	"	398	"	=	42,2 %
1974	417	"	834	"	=	50,0 %
1975	518	"	987	"	=	52,5 %
Summe	1243		2754			

14. Zeitliche Entwicklung der psychosozialen Indikation
im Bereich Mittelfranken (mit Nürnberg)

	Fälle		Alle Indika- tionen in Mittelfranken			Prozent- anteil
1969	12	von	47	Fällen	=	25,5 %
1970	11	"	53	"	=	20,8 %
1971	24	"	108	"	=	22,2 %
1972	106	"	202	"	=	52,5 %
1973	140	"	286	"	=	49,0 %
1974	170	"	329	"	=	51,7 %
1975	165	"	345	"	=	47,8 %
Summe	628		1370			

15. Zeitliche Entwicklung der psychosozialen Indikation
im Rest Bayerns zusammengekommen

	Fälle		Alle Indika- tionen im Rest Bayerns			Prozent- anteil
1969	5	von	55	Fällen	=	9,1 %
1970	20	"	88	"	=	22,7 %
1971	23	"	115	"	=	20,0 %
1972	35	"	161	"	=	21,7 %
1973	58	"	276	"	=	21,0 %
1974	128	"	379	"	=	33,8 %
1975	89	"	332	"	=	26,8 %
Summe	358		1406			

16. Zeitliche Entwicklung der medizinischen Indikation
im Bereich der I-Kommission München

	Fälle		Alle Indika- tionen in München			Prozent- anteil
1969	34	von	54	Fällen	=	63,0 %
1970	69	"	108	"	=	63,9 %
1971	78	"	147	"	=	53,1 %
1972	116	"	226	"	=	51,3 %
1973	153	"	393	"	=	38,4 %
1974	291	"	834	"	=	34,9 %
1975	268	"	987	"	=	27,2 %
Summe	1009		2754			

17. Zeitliche Entwicklung der medizinischen Indikation
im Bereich Mittelfranken (mit Nürnberg)

	Fälle		Alle Indika- tionen in Mittelfranken			Prozent- anteil
1969	29	von	47	Fällen	=	61,7 %
1970	33	"	53	"	=	62,3 %
1971	67	"	108	"	=	62,0 %
1972	79	"	202	"	=	39,1 %
1973	112	"	286	"	=	39,2 %
1974	116	"	329	"	=	35,3 %
1975	129	"	345	"	=	37,4 %
Summe	565		1370			

18. Zeitliche Entwicklung der medizinischen Indikation
im Rest Bayerns zusammengekommen

	Fälle		Alle Indika- tionen im Rest Bayerns			Prozent- anteil
1969	37	von	55	Fällen	=	67,3 %
1970	56	"	88	"	=	63,6 %
1971	73	"	115	"	=	63,5 %
1972	101	"	161	"	=	62,7 %
1973	149	"	276	"	=	54,0 %
1974	183	"	379	"	=	48,3 %
1975	165	"	332	"	=	49,7 %
Summe	764		1406			

19. Verteilung der Anträge auf die einzelnen Schwangerschaftswochen

	SSW	Fälle	Prozent- anteil		SSW	Fälle	Prozent- anteil
bis	2.	11	= 0,2 %		14.	115	= 2,5 %
	3.	9	= 0,2 %		15.	103	= 2,3 %
	4.	18	= 0,4 %		16.	50	= 1,1 %
	5.	137	= 3,0 %		17.	47	= 1,0 %
	6.	371	= 8,1 %		18.	18	= 0,4 %
	7.	621	= 13,6 %		19.	17	= 0,4 %
	8.	729	= 16,0 %		20.	16	= 0,4 %
	9.	707	= 15,5 %		21.	11	= 0,2 %
	10.	615	= 13,5 %		22.	3	= 0,1 %
	11.	463	= 10,1 %		23.	6	= 0,1 %
	12.	292	= 6,4 %		24.	4	= 0,1 %
	13.	207	= 4,5 %		Summe	4570	100,0 %

20. Verteilung der Indikationen auf die einzelnen Schwangerschaftswochen

	SSW	Fälle	Prozent- anteil		SSW	Fälle	Prozent- anteil
bis	2.	15	= 0,3 %		14.	147	= 2,5 %
	3.	12	= 0,2 %		15.	132	= 2,3 %
	4.	24	= 0,4 %		16.	67	= 1,1 %
	5.	177	= 3,0 %		17.	58	= 1,0 %
	6.	466	= 8,0 %		18.	24	= 0,4 %
	7.	776	= 13,3 %		19.	20	= 0,3 %
	8.	941	= 16,1 %		20.	22	= 0,4 %
	9.	902	= 15,5 %		21.	14	= 0,3 %
	10.	783	= 13,4 %		22.	4	= 0,1 %
	11.	583	= 10,1 %		23.	9	= 0,2 %
	12.	378	= 6,5 %		24.	6	= 0,1 %
	13.	266	= 4,6 %		Summe	5831	100,0 %

21. Verteilung der psychosozialen Indikation
auf die Schwangerschaftswochen

	SSW	Fälle		Prozent- anteil		SSW	Fälle	=	Prozent- anteil
bis	2.	8	=	0,4 %		14.	45	=	2,0 %
	3.	4	=	0,2 %		15.	36	=	1,6 %
	4.	9	=	0,4 %		16.	19	=	0,8 %
	5.	76	=	3,4 %		17.	9	=	0,4 %
	6.	215	=	9,5 %		18.	7	=	0,3 %
	7.	317	=	14,0 %		19.	3	=	0,1 %
	8.	393	=	17,3 %		20.	5	=	0,2 %
	9.	353	=	15,6 %		21.	3	=	0,1 %
	10.	314	=	13,9 %		22.	0	=	0,0 %
	11.	217	=	9,6 %		23.	2	=	0,1 %
	12.	149	=	6,6 %		24.	<u>3</u>	=	<u>0,1 %</u>
	13.	79	=	3,5 %		Summe	2266		100,0 %

22. Verteilung der medizinischen Indikation
auf die Schwangerschaftswochen

	SSW	Fälle		Prozent- anteil		SSW	Fälle		Prozent- anteil
bis	2.	5	=	0,2 %		14.	71	=	2,8 %
	3.	5	=	0,2 %		15.	58	=	2,3 %
	4.	12	=	0,5 %		16.	29	=	1,1 %
	5.	70	=	2,7 %		17.	28	=	1,1 %
	6.	173	=	6,7 %		18.	12	=	0,5 %
	7.	348	=	13,5 %		19.	12	=	0,5 %
	8.	406	=	15,8 %		20.	10	=	0,4 %
	9.	422	=	16,4 %		21.	7	=	0,3 %
	10.	348	=	13,5 %		22.	2	=	0,1 %
	11.	275	=	10,7 %		23.	5	=	0,2 %
	12.	165	=	6,4 %		24.	<u>2</u>	=	<u>0,1 %</u>
	13.	107	=	4,2 %		Summe	2572		100,0 %

23. Verteilung der kindlichen Indikation auf die Schwangerschaftswochen

	SSW	Fälle		Prozent- anteil		SSW	Fälle		Prozent- anteil
bis	2.	2	=	0,2 %		14.	31	=	3,2 %
	3.	3	=	0,3 %		15.	37	=	3,8 %
	4.	3	=	0,3 %		16.	19	=	2,0 %
	5.	30	=	3,1 %		17.	20	=	2,1 %
	6.	77	=	8,0 %		18.	5	=	0,5 %
	7.	110	=	11,4 %		19.	4	=	0,4 %
	8.	139	=	14,4 %		20.	6	=	0,6 %
	9.	121	=	12,5 %		21.	3	=	0,3 %
	10.	119	=	12,3 %		22.	2	=	0,2 %
	11.	93	=	9,6 %		23.	2	=	0,2 %
	12.	59	=	6,1 %		24.	<u>1</u>	=	<u>0,1 %</u>
	13.	79	=	8,2 %		Summe	966		100,0 %

24. Verteilung der Anträge auf das Alter der Patientin

<u>Alter</u>	<u>Fälle</u>	<u>Prozentanteil</u>
13 - 17 Jahre	122	= 2,7 %
18 - 22 "	401	= 8,8 %
23 - 27 "	740	= 16,2 %
28 - 32 "	1034	= 22,6 %
33 - 37 "	1178	= 25,8 %
38 - 42 "	838	= 18,3 %
43 Jahre und mehr	<u>257</u>	= <u>5,6 %</u>
Summe	4570	100,0 %

25. Verteilung der psychosozialen Indikation
auf die Altersgruppen

<u>Alter</u>	<u>Fälle</u>	<u>Prozent- anteil</u>	<u>von den</u>	<u>Gesamt- indikat.</u>	<u>Häufigkeits- verteilung in Prozent</u>
13-17 Jahre	88 =	59,5 %	von	148	3,9 %
18-22 "	195 =	38,3 %	"	509	8,6 %
23-27 "	384 =	40,1 %	"	958	16,9 %
28-32 "	467 =	35,6 %	"	1312	20,6 %
33-37 "	591 =	39,3 %	"	1502	26,1 %
38-42 "	421 =	38,9 %	"	1083	18,6 %
43 u. mehr	120 =	37,6 %	"	319	5,3 %
Summe	2266 =	38,8 %	von	5831	100,0 %

26. Verteilung der medizinischen Indikation
auf die Altersgruppen

<u>Alter</u>	<u>Fälle</u>	<u>Prozent- anteil</u>	<u>von den</u>	<u>Gesamt- indikat.</u>	<u>Häufigkeits- verteilung in Prozent</u>
13-17 Jahre	31 =	20,9 %	von	148	1,2 %
19-22 "	172 =	33,8 %	"	509	6,7 %
23-27 "	346 =	36,1 %	"	958	13,5 %
28-32 "	577 =	44,0 %	"	1312	22,4 %
33-37 "	710 =	47,3 %	"	1502	27,6 %
38-42 "	562 =	51,9 %	"	1083	21,8 %
43 u. mehr	174 =	54,9 %	"	319	6,8 %
Summe	2572 =	44,1 %	von	5831	100,0 %

27. Verteilung der kindlichen Indikation auf die Altersgruppen

<u>Alter</u>	<u>Fälle</u>	<u>Prozent- anteil</u>	<u>von den</u>	<u>Gesamt- indik.</u>	<u>Häufigkeits- verteilung in Prozent</u>
13-17 Jahre	22 =	14,9 %	von	148	2,3 %
18-22 "	136 =	26,7 %	"	509	14,1 %
23-27 "	219 =	22,9 %	"	958	22,7 %
28-32 "	267 =	20,4 %	"	1312	27,6 %
33-37 "	197 =	13,1 %	"	1502	20,4 %
38-42 "	100 =	9,2 %	"	1083	10,4 %
43 u. mehr	25 =	7,8 %	"	319	2,6 %
Summe	966 =	16,6 %	von	5831	

28. Anteil der Indikationsgruppen bei verschiedenen
Kinderzahlen

	<u>Gesamt</u>	<u>psychosozial</u>	<u>medizinisch</u>	<u>kindlich</u>
Kein Kind	1443	554 = 38,4%	524 = 36,3%	344 = 23,8%
ein Kind	1228	407 = 33,1%	572 = 46,6%	248 = 20,2%
zwei Kinder	1444	531 = 36,8%	685 = 47,4%	227 = 15,7%
drei "	823	337 = 41,0%	388 = 47,1%	96 = 11,7%
vier "	477	231 = 48,4%	216 = 45,3%	29 = 6,1%
fünf "	194	88 = 45,4%	92 = 47,4%	13 = 6,7%
sechs "	108	58 = 53,7%	44 = 40,7%	6 = 5,6%
sieben "	50	28 = 56,0%	21 = 42,0%	1 = 2,0%
acht "	32	13	18	1
neun "	21	15	6	0
zehn "	11	4	6	1
	5831	2266 = 38,8%	2572 = 44,1%	966 = 16,6%

29. Die vier kindlichen Einzelindikationen im Vergleich zur Kinderzahl

Kin- der	teratogen	infektiös	genetisch	IUD	Summe in %
0	193 = 56,1%	102 = 29,7%	33 = 9,6%	16 = 4,7 %	100,1%
1	124 = 50,0%	67 = 27,0%	42 = 16,9%	15 = 6,0%	99,9%
2	107 = 47,1%	33 = 14,5%	65 = 28,6%	22 = 9,7%	99,9%
3	42 = 43,8%	15 = 15,6%	34 = 35,4%	5 = 5,2%	100,0%
4	13 = 44,8%	4 = 13,8%	10 = 34,5%	2 = 6,9%	100,0%
5	4 = 30,8%	2 = 15,4%	6 = 46,2%	1 = 7,7%	100,1%

30. Indikationen und wirtschaftliche Verhältnisse

	<u>psychosozial</u>	<u>medizinisch</u>	<u>kindlich</u>
Ohne Angabe	620 = 27,4%	723 = 28,1%	327 = 33,9%
gut	120 = 5,3%	377 = 14,7%	170 = 17,6%
mittel	823 = 36,3%	1010 = 39,3%	331 = 34,2%
schlecht	703 = 31,0%	462 = 17,9%	138 = 14,3%
	2266 = 100,0%	2572 = 100,0%	966 = 100,0%

31. Indikationen und Berufe

Hausfrau
Angestellte
Arbeiterin
Höhere Angestellte
Schülerin
Studentin
Rentnerin
Arbeitslos
Akademikerin
Ohne nähere Angaben

Summe

psychosozial	medizinisch	kindlich	ethnisch
1006 = 37,0%	1346 = 49,4%	366 = 13,4%	4 = 0,1%
439 = 41,5%	401 = 37,9%	210 = 19,8%	8 = 0,8%
257 = 41,9%	248 = 40,4%	104 = 16,9%	5 = 0,8%
203 = 37,3%	203 = 37,3%	136 = 25,0%	2 = 0,4%
87 = 57,6%	34 = 22,5%	23 = 12,2%	7 = 4,6%
57 = 54,3%	24 = 22,9%	24 = 22,9%	-
5 = 7,5%	56 = 83,6%	6 = 8,9%	-
24 = 48,0%	24 = 48,0%	2 = 4,0%	-
1	1	-	-
187 = 36,1%	235 = 45,4%	95 = 18,3%	1 = 0,2%
2266 = 38,9%	2572 = 44,1%	966 = 16,6%	27 = 0,5%

32. Indikationen und Familienstand

verheiratet
ledig
Geschiedenen
verwitwet
ohne Angaben

Summe

psychosozial	medizinisch	kindlich	ethnisch
1482 = 65,4%	2020 = 78,5%	709 = 73,4%	6 = 22,2%
530 = 23,4%	408 = 15,9%	205 = 21,2%	21 = 77,8%
210 = 9,3%	111 = 4,3%	40 = 4,1%	-
31 = 1,4%	15 = 0,6%	4 = 0,4%	-
12 = 0,5%	18 = 0,7%	8 = 0,8%	-
2265 = 100,0%	2572 = 100,0%	966 = 99,9%	27 = 100,0%

Aufschlüsselung der sonstigen medizinischen Indikationen

	<u>Fälle</u>
Thrombo-embolischer Formenkreis	233
Augenkrankheiten	13
HNO-Bereich	5
Hautkrankheiten	3
Andere bzw. Ansammlung von mehr als zwei Indikationen bzw. nicht er- sichtliche Indikationen	34
	288

Aufschlüsselung der intrauterinen Infektionen
als Indikationen

	<u>Fälle</u>
Röteln oder Rötelnimpfung	181
Pockenimpfung	5
Toxoplasmose	4
Lues	3
Zoster	3
Virushepatitis	2
Parotitis epidemica	2
Lyssa-Impfung	1
Gelbfieber-Impfung	1
Infektiöse Mononukleose	1
Sonstige oder nicht ersichtlich	20
	223

LEBENS LAUF

Thomas Alexander Schummer

- Geboren am 25.1.1949 in Starnberg als Sohn des Dipl.-Ing. Hans Schummer und seiner Ehefrau Gisela geb. Herkoperitz.
- Von 1955 bis 1959 Besuch der Volksschule an der Werdenfelsstraße in München.
- Von 1959 bis 1969 Besuch dreier Gymnasien des humanistischen Zweiges in München.
- Reifezeugnis im Juni 1969 am Nymphenburger Gymnasium in München.
- Anschließend Ableistung von 18 Monaten Grundwehrdienst als Pionier in Ingolstadt.
- Anschließend ein Semester Physikstudium an der TU München.
- Vom Sommersemester 1971 bis 1978 Studium der Humanmedizin an der LMU München.
- Staatsexamen im Juli 1978.
- Im August 1978 Eheschließung mit Elfrun Fadinger.
- Einjährige Medizinalassistentenzeit im Kreiskrankenhaus Starnberg (internistischer Zweig, 8 Monate) und im Chirurgischen Krankenhaus Seefeld/Oberbayern.
- Approbation am 1.12.1979.
- Tätigkeit als Assistenzarzt in Seefeld bis 1.7.1981.

